§ 301 SGB V

sektorale oder

sektorenübergreifende Transparenz

im Gesundheitswesen ?

Inauguraldissertation
Zur Erlangung der Würde eines Dr. rer. pol.
des
Fachbereich IV: Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Mathematik / Mathematische Informatik
der Universität Trier

Vorgelegt von
Dipl. Volkswirt Ulrich Ziegelmayer
Trier 2000

Berichterstatter:
Prof. Dr. H. Czap
Prof. Dr. E. Knappe

„Dann kann der Staat der öffentlichen Gesundheitspflege die größten Dienste leisten durch Veranstaltungen von Erhebungen, Sammlungen und Sichtung von <u>statistischem</u> *Material, Bearbeitung und Benutzung desselben zu legislativen Akten und ganz besonders durch planmäßige Entwicklung einer Gesundheitsgesetzgebung und einer Sanitäts-organisation, welche entweder an die historisch überlieferte Medizinalgesetzgebung und -einrichtungen des betreffenden Landes anknüpft oder aber an der Stelle derselben ganz neue Organisationen schafft."*

Aus :

Staatslexikon, dritte, neubearbeitete Auflage, Herdersche Verlagshandlung, Freiburg im Breisgau1909, Zweiter Band

Stichwort: Gesundheitspflege

Abkürzungsverzeichnis 3

Tabellen 6

Abbildungen 8

I. Zielsetzung 9

II. Der § 301 und seine Umsetzung im Akutkrankenhaus 18

II.1. Die Entstehung des § 301 SGB V 18

II.2. Inhalt und Zielsetzung des § 301 SGB V 20

II.3. Die Bedeutung der Vorschriften des § 301 SGB V für das Krankenhaus 29

II.4. Die Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V 33

II.5. Schritte zur Umsetzung im Krankenhaus 36

II.5.1. Allgemeine Übersicht – Nachrichtenarten und Nachrichtensegmente 37

II.5.2. Schnittstelle zwischen der Datenbank des Krankenhauses und der Datenübermittlungsvereinbarung 44

II.5.3. Verwendete Schlüssel und Schlüsselsysteme in der Datenübermittlungsvereinbarung 48

II.5.4. Informationsstrukturdaten der Krankenkassen, Datenschutz und externe Beziehungen und deren Auswirkung auf die Organisation des Krankenhauses 52

II.5.5. Datenübertragungsverfahren und Ablauforganisation 62

II.5.6 Änderungsvorschläge zur bestehenden Vereinbarung 75

III. Weitere Informationspflichten des Krankenhauses 100

III.1. Bundespflegesatzverordnung 100

III. 2. Krankenhausstatistikverordnung - KHStatV 105

III.3. Pflege-Personalregelung – PPR 108

III.4. Risikostrukturausgleich – RSA – 110

III.5. Unterschiedliche Informationspflichten für das Krankenhaus – unterschiedliche Daten- und Informationsstrukturen 113

III.6 Vorteile durch die Umsetzung der Vorschriften des § 301 SGB V und der sonstigen Datensammlungen im Krankenhaus 122

IV. Weitere Datensammlungen im Bereich des Gesundheitswesens - ein Exkurs 133

IV.I. Die Datenübermittlung in den Fachkliniken § 301 Abs. 4 SGBV 133

IV.2. Datenübermittlung im Rahmen des SGB VII – Berufsgenossenschaften 141

IV.2. Datenerhebung in dem Gesundheitssystem der ehemaligen DDR 151

V. Verbesserung der Datenlage = Verbesserung der Entscheidungsgrundlage ? 157

V.1. Informationsgrundlagen in den Sozialversicherungen - Status quo 157

V.2. Ein neues Informationsmodell für das Gesundheitswesen 165

V.3. Möglichkeiten der Umsetzung sowie Auswertungen 193

V.3.1 Sicht des Patienten 195

V.3.2. Sicht des Kostenträgers 196

V.3.3. Sicht des Leistungserbringers 197

V.3.4. Sicht des gesamten Gesundheitssystems 198

V.3.5. Neue Vergütungsformen DRG-Konzept 200

V.3.6. Betriebsvergleich – intern und extern 202

V.3.7. Vernetzte Strukturen im Gesundheitswesen 208

Schluß 211

Literaturverzeichnis 215

Anhang 222

Abkürzungsverzeichnis

a.F.	Alte Fassung
Anm.	Anmerkung
ANSI	American National Standards Institute
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups
API	Application Programming Interface
BEK	Barmer Ersatzkasse
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BGBl	Bundesgesetzblatt
BMA	Bundesministerium für Arbeit
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPflV	Bundespflegesatzverordnung
BR-Drucks.	Bundesrats – Drucksache
BT-Drucks.	Bundestags – Drucksache
CEN	Comité Européen Norme (European Comitee for Standardization)
CM	Case Mix
CMI	Case Mix Index
CW	Cost Weight
DAK	Deutsche Angestellten Ersatzkasse
DAV	Datenannahme und –verteilstelle
DES	Data Encryption Standard
DICOM	Digital Imaging and Communications in Medicine
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKG-NT	Deutsche Krankenhausgeselschaft – Nebenkosten Tarif
DKTIG	Deutsche Krankenhaus Trust Center und Informationsverarbeitung GmbH
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen
EDI	Electronic Data Interchange
EDIFACT	Electronic Data Interchange for Administration, Commerce and Transport
ENV	European Pre-standard
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GRG	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) vom 20.12.1988
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherungen (Gesundheitsstrukturgesetz - GSG) vom 21.12.1992
HCFA	Health Care Financing Adminsitration

HaMü	Hamburg Münchner Ersatzkasse
hkk	Hamburger kaufmännische Krankenkasse
HL7	Health Level 7
i.d.F.	in der Fassung
IBM	International Buisiness Machine Ltd.
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th Revision, Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICD-9	International Classification of Diseases, 9th Revision, Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
ICIDH-2	International Classification of Impairments, Activities and Participation
ICNP	International Classification of Nursing Procedures
ICPM	International Classification of Procedures in Medicine
IGN	International Global Network Ltd.
IK	Institutionskennzeichen
IKK	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesurssachen der WHO
IKPM	Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
IND	International Nomenclature of Diseases
JG	Jahresgutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
JGW	Jahresgutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
KBV	Kassenärztlich Bundesvereinigung
KHBV	Krankenhausbuchführungsverordnung
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)
KHStatV	Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHStatV)
KLN	Kosten und Leistungsnachweis nach der Bundespflegesatzverordnung (siehe auch LKA)
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LKA	Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach der Bundespflegesatzverordnung (siehe auch KLN)
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft
Ltnr	Leitnummer

MBDS	Minimum Basic Data Set
MEDRUC	Medical Resource, Usage and Cost Message
NOG	Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Erstes GKV-Neuordnungsgesetz und Zweites GKV- Neuordnundggesetz)
OPS-301	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V
PPR	Pflegepersonalregelung
RKO	Rahmenkrankenhausordnung
RN	Rand Nummer
RSA	Kryptographieverfahren nach Ron Rives, Adi Shamir und Leonard Adleman
RSA	Risikostrukturausgleich nach § 267 SGB V
RV	Rentenversicherung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SG	Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
SGB I	1. Sozialgesetzbuch (SGB) - Allgemeiner Teil -
SGB IV	4. Sozialgesetzbuch (SGB) - Gemeinsame Vorschriften für Die Sozialversicherung
SGB V	5. Sozialgesetzbuch (SGB) - Gesetzliche Krankenversicherungen -
SGB VI	6. Sozialgesetzbuch (SGB) - Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	7. Sozialgesetzbuch (SGB) - Gesetzliche Unfallversicherungen -
SGB X	10. Sozialgesetzbuch (SGB) - Verwaltungsverfahren -
SGB XI	11. Sozialgesetzbuch (SGB) - Soziale Pflegeversicherung
SGBÄndG	Sozialgesetzbuch Änderungsgesetz
StGB	Strafgesetzbuch
SVI	Sammel- und Verteilungsstelle IK, St. Augustin
u.a.	Unter anderem
UV	Unfallversicherungsträger
VdAK	Verband der Angestellten Krankenkassen
VdR	Verband der Rentenversicherungsträger
WeitBiO	Weiterbildungsordnung für Ärzte
WHO	World Health Organization

Tabellen

Tabelle 1: Nachrichtenarten nach § 301Abs. 1 39
Tabelle 2: Nachrichtensegmente nach § 301 Abs. 3 39
Tabelle 3: Aufbau Segment AUF 40
Tabelle 4: Aufbau Nachricht “AUFN” – Aufnahmemeldung 42
Tabelle 5: Gegenüberstellung Daten Aufnahmesatz zu Daten aus eigener Datenbank 45
Tabelle 6: vereinbarte Schlüssel 49
Tabelle 7: Informationsstrukturdaten Beispiele – gültig für Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz 58
Tabelle 8: Beschreibung Quittung der Datenübertragung 68
Tabelle 9: Beispiel: Protokoll der Datenübertragung für einen Patienten (Echtbetrieb) 69
Tabelle 10: Meldungen (nur GKV) 72
Tabelle 11: Segmentfolge: Aufnahmenachricht 79
Tabelle 12: Segmente mit unterschiedlicher Verwendung je nach Nachrichtenart 80
Tabelle 13: Aufnahmenachricht – EDIFACT MEDRUC 86
Tabelle 14: Gliederung der LKA 100
Tabelle 15: Gliederung des ICPM (WHO) 102
Tabelle 16: Pflegestufen, Patientengruppen und Minutenwerte nach §§4,6 PPR 108
Tabelle 17: Diagnose ICD–9 428 Herzinsuffizienz 114
Tabelle 18: Zusammenstellung Kostenstellenbezeichnungen 116
Tabelle 19: Informationspflichten des Krankenhauses und ihre Rechtsgrundlagen 119
Tabelle 20: Mögliche Auswertungen 125

Tabelle 21: Beispiel Berechnung Distanzmaß 129
Tabelle 22: ICD Häufigkeiten, Rangfolge, Anzahl, durchschnittliche Verweildauer, Erlös je Fall, Erlös je ICD, Distanzmaß 131
Tabelle 23: Aufbau und Inhalt der Krankenblattsignierstreifen 152
Tabelle 24: European Minimum Basic Data Set - MBDS 189
Tabelle 25: Informationen geltendes Recht – Informationsmodell 194
Tabelle 26: DRG-System - Informationsmodell 201
Tabelle 27: Innere Abteilung – budgetneutrale Umverteilung der Erlöse je Diagnosegruppe (innerhalb der Abteilung) 204
Tabelle 28: Chirurgische Abteilung – budgetneutrale Umverteilung der Erlöse je Diagnosegruppe (innerhalb der Abteilung) 204
Tabelle 29: Budgetneutrale Umverteilung der Abteilungserlöse bei Anwendung des DRG-Konzeptes: gesamtes Krankenhaus 205
Tabelle 30: Budgetneutrale Umverteilung der Fallerlöse bei Anwendung des DRG-Konzeptes: gesamtes Krankenhaus 206
Tabelle 31: Informationsbedarf der Partner in Managed-Care-Systemen 209

Abbildungen

01: Datenfluß Meldungen von dem Krankenhaus an die Krankenkasse 37
02: Datenfluß Meldungen von der Krankenkasse an das Krankenhaus 38
03: Schnittstelle inkl. Datenkonverter 47
04: Allgemeine Kommunikationsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen 60
05: Allgemeine Kommunikationsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen unter Einschaltung eines Netzproviders auf der Krankenhausseite 66
06: § 301 als Input – Prozeß – Output 123
07: Distanzmaß 129
08: Neues Informationsmodell 191
10: Datenbankschema 192
11: Transformation der Daten von ICD, ICPM nach DRG 201

I. Zielsetzung

Die Diskussionen der letzten Jahre in der Sozial- und speziell in der Gesundheitspolitik sind von immer wiederkehrenden Schlagworten wie Kostenexplosion, Überversorgung, Unterversorgung, „Bettenberg“, Fehlbelegung und Ärzteschwemme geprägt. Alle diese Schlagwörter stehen als Synonym für Unwirtschaftlichkeit oder Ressourcenverschwendung: negative Tatbestände, die in den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesen festgestellt worden sind. Zu deren Beseitigung sind zahlreiche Reformvorhaben in die Wege geleitet worden, erwähnt seien hier das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz-GRG) vom 20.12.1988 und das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherungen (Gesundheitsstrukturgesetz - GSG) vom 21.12.1992. Entgegen der Intentionen der zahlreichen Reformen konnte eine grundlegende Änderung der wirtschaftlichen Situation der Sozialversicherungen und speziell der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) nicht herbeigeführt werden: Die finanzielle Situation der Krankenkassen ist nach wie vor angespannt, und Beitragserhöhungen sind weiter zu erwarten, um die steigende Ausgabenflut der Krankenkassen einzudämmen.

In der Zielsetzung zum GRG heißt es 1988: „Mit der Reform sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, die seit Jahren ansteigenden Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) zu senken und dauerhaft zu stabilisieren (Ziel der Beitragssatzstabilität).“ In diesem Zusammenhang werden Beitragssätze von 13 v.H. und mehr als nicht mehr vertretbar angesehen (BR-Drucks. 200/88), und folgende Punkte als mögliche Lösungsansätze vorgeschlagen: Neubestimmung der Solidarität, Stärkung der Eigenverantwortung, Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer, Einstieg in die Organisationsreform (Krankenkas-

sen) und Kodifikation. Nach den Vorstellungen des Gesetzentwurfes des GRG sollten, wenn alle Maßnahmen des Gesetzes umgesetzt sind, 6,2 Mrd. DM jährlich netto zur Beitragsentlastung von Versicherten und Arbeitgebern zur Verfügung stehen. Die Entwicklung in der Folgezeit hat gezeigt, daß die Maßnahmen des GRG nicht gegriffen haben bzw. nicht ausreichend waren. Ein weiteres Gesetzespaket, das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wurde auf den Weg gebracht und trat 1993 in Kraft. In der Gesetzesbegründung zum GSG wird der notwendige Handlungsbedarf in allen Sektoren des Gesundheitswesens damit erklärt, daß entgegen den Erwartungen nach Inkrafttreten des GRG die Ausgaben in allen Sektoren deutlich über der Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen lagen und somit das Defizit der GKV nicht abgebaut werden konnte, sondern sich weiter vergrößerte. Der durchschnittliche Beitragssatz der GKV in den alten Bundesländer stieg ab 1987 von durchschnittlich 12,62 % (Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik, BMA-Vorduck KM 1) auf durchschnittlich 13,1 % im Oktober 1992 (BT-Drucks. 12/3608). Da die Ausgabenentwicklung der GKV aber auch durch die neuen Vorschriften des GSG nicht eingedämmt werden konnten, sind in den Jahren 1994 bis heute weitere Gesetze und Verordnungen beschlossen bzw. als Entwürfe in Bundestag und Bundesrat mit dem Ziel eingebracht worden, das Defizit der GKV abzubauen bzw. die Beitragsentwicklung der GKV der Einkommensentwicklung anzupassen.

Das Ziel der Begrenzung der GKV Ausgaben wird auch in den Gutachten des Sachverständigenrates immer wieder betont und hervorgehoben. In seinem Jahresgutachten 1988 „Medizinische und ökonomische Orientierung“ (vgl. JG 1988) stellt der Sachverständigenrat fest, daß die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung gefährdet ist. Mängel, die der Sachverständigenrat beobachtet hat, sind Über- bzw. Unterversorgung sowie fehlende Transparenz innerhalb der einzelnen Sektoren. Eine der wichtigen Forderungen des Rates in diesem Zusam-

menhang ist daher die Schaffung von mehr Transparenz in bezug auf das Leistungsgeschehen in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens. Nur so ist es möglich, die Bereiche mit Über- bzw. Unterversorgung auszumachen und Maßnahmen zu ergreifen, diese Situation zu bereinigen. In diesem Zusammenhang stellt er fest, daß „*für eine bessere medizinische und ökonomische Orientierung eine Berichterstattung erforderlich ist*“. In seiner Stellungnahme zum Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung fordert er ausdrücklich eine sektorenübergreifende Bestandsaufnahme (vgl. JG 1988, S. 192). Diese Forderung nach einer verbesserten Datenbasis wird in dem Sachstandsbericht 1994 wiederholt. Es heißt hier: „Voraussetzung für eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen ist eine bessere Spezifikation und Differenzierung der Krankheitsbilder, die die Leistungen verursachen“ (SG 1994, RN 265, S. 140). Diese Forderungen werden in dem Sondergutachten 1995 ebenfalls sehr deutlich wiederholt. Als notwendig sieht der Sachverständigenrat eine weitere Verbesserung der Diagnose- und Leistungsdokumentation, insbesondere auch eine Erhebung des Krankheitsschweregrades (SG 1995, RN. 211, S. 83).

Folgerichtig sind in den vorgenannten Gesetzen und Verordnungen in verstärktem Maße Vorschriften enthalten, die den Leistungserbringern neue und erweiterte Pflichten in bezug auf die Datenerhebung, Dokumentation sowie Daten- und Informationsübermittlung an die Kostenträger und/oder Behörden auferlegen. Zu beachten sind in diesem Zusammenhang die Bestimmungen des 10. Kapitels des SGB V, „Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz“. Dieses Kapitel enthält die Vorschriften für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Leistungsdaten an die Kostenträger zu übermitteln, soweit es sich um Leistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Allerdings sind die Daten, die derzeit dem Kostenträger zur Verfügung gestellt werden, je nach Sektor – ambulante

oder stationäre Versorgung - in ihrem Inhalt und ihrer Struktur deutlich unterschiedlich und daher nicht miteinander vergleichbar.

Für die Bereiche Gesetzliche Unfallversicherungen (SGB VII) finden sich entsprechende Vorschriften in dem Achten Kapitel, Datenschutz, und zwar in den §§ 201 ff SGB VII. Gleichlautende Vorschriften sind auch für den Bereich der „Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI)“ beschlossen worden. Die entsprechenden Vorschriften befinden sich in dem Neunten Kapitel, Datenschutz und Statistik, und zwar in den §§ 104 ff SGB XI. Für den Bereich der Rentenversicherung, hier speziell für die medizinische Rehabilitation, finden sich die entsprechenden Vorschriften in den §§ 147 ff SGB VI.

Parallel zu den gesetzlichen Bemühungen sind in den letzten Jahren immer wieder neue Projekte unter dem Stichwort „Managed Care“ mit den verschiedenen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen durchgeführt worden, um die Leistungsangebote zu „vernetzen“. Ziel dieser Projekte war es immer, die Effizienz der Versorgung der Patienten zu steigern, aber auch die Kosten der Versorgung zu stabilisieren bzw. zu senken. Bisher ist in der Bundesrepublik kein größeres Projekt in Sicht, das als Vorbild für eine weitere Entwicklung in Richtung Vernetzung der Leistungsanbieter bzw. Managed Care stehen könnte.

Über Managed Care ist in den letzten Jahren eine Flut von Literatur entstanden, in der dieses System immer wieder als ein Mittel gegen die Kostenexplosion im Gesundheitswesen angesehen wurde. Die Definitionen des Begriffs „Managed Care“ System sind unterschiedlich. Eine Definition des Institute of Medicine lautet: „ *Managed Care umfaßt Techniken, die Einkäufer von Gesundheitsleistungen einsetzen, um die Kosten der Gesundheitswirtschaft unter Kontrolle zu halten*“ (Eichhorn, 1998, S. 10).

Eines aber haben die Beschreibungen dieser Modelle gemeinsam, nämlich den umfassenden und zeitnahen Informationsbedarf über das gesamte Leistungsgeschehen - Art, Grund, Umfang, Qualität, Kosten sowie Behandlungsergebnisse. Diese Informationen dienen zum einen der wirtschaftlichen Steuerung und Kontrolle der Qualität der Leistungen des Managed Care Systems aber auch der Überwachung und gegebenenfalls Korrektur – Leitlinien (Evidence Based Medicine)- der Behandlungen durch die beteiligten Ärzte und Krankenhäuser bzw. sonstigen Leistungserbringer (vgl. Leiter, 1997, S. 66 ff). Zentrale Instrumente für ein funktionierendes Managed Care System sind daher die Strukturierung und Standardisierung von Informationen, ihre Organisation und Zugriffsmöglichkeiten bzw. deren Verfügbarkeit.

In der Vergangenheit hat sich immer wieder gezeigt, daß gerade die Lösung des Informationsproblems entscheidend für den Erfolg oder Mißerfolg eines Managed-Care Systems (Organisation) war. Insofern ist es sicherlich gerechtfertigt, daß der Definition und der Organisation der Informationen ein besonderes Gewicht beigemessen wird. Preuß hat 1997 in seinem Artikel über „Informations-, Kommunikationstechnologien und Vernetzung im Gesundheitssektor als Basis für Managed-Care-Konzepte“ die wichtigsten Punkte zusammengefaßt, die in bezug auf die Definition und Strukturierung von Informationen, speziell bei der Verwendungen von Kartensystemen, geregelt werden müssen. Es sind dies im folgenden:

1. *„eine Verständigung über zu dokumentierende Datensätze und ihre Struktur,*
2. *eine Standardisierung der medizinischen Dokumentation des Arztes,*
3. *die Verpflichtung zum Gebrauch von Klassifikationssystemen für Diagnose, Befund, Pharmaka und sonstige medizinische Maßnahmen,*
4. *eine verbindliche Regelung der Zugriffsberechtigungen, insbesondere der Funktionen Lesen, Beschreiben, Verändern und Löschen,*

5. die Definition von Sicherheitsstandards und Zugriffshierarchien,
6. die Normierung der gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen,"
(vgl. Preuß, 1997, S. 278)

Zu einem sehr ähnlichen Ergebnis kommt Buchs in seinem Aufsatz *„Daten – der strategische Faktor in der Gesundheitsversorgung von morgen"*. Es heißt hier:

„In der traditionellen Gesundheitsversorgung wurden Daten primär als proprietär betrachtet und entsprechend bewirtschaftet. Managed Care führt uns in Richtung offener, sektorübergreifender und prozessorientierter Informationssysteme. Um die Gesundheitsversorgung zu steuern, müssen die Daten nach Patienten-, Krankheits- und Behandlungsgruppen verknüpft werden können. Je nach Verwendungszweck (Kostenanalyse, Definition von Qualitätskriterien, Definition von Behandlungsrichtlinien, usw.) werden individualisierte oder anonymisierte Daten eingesetzt. Mit der Erfassung und Auswertung durch autorisierte Fachstellen können kostspielige Doppelspurigkeiten verhindert werden".
(vgl. Buchs Leo, 1998)

Es ist festzuhalten, daß immer, wenn in der jüngeren Vergangenheit neue Wege in der Gesundheitsversorgung gesucht werden, die Definition und Organisation der notwendigen Informationen, insbesondere sektorenübergreifend, das Hauptproblem in der Umsetzung dargestellt haben. Diejenigen, die behandelt werden, haben kein Interesse, daß ihre persönlichen Daten weitergegeben werden, die Leistungserbringer wollen verhindern, daß ihre Daten über die Leistungserbringung – Qualität, Erträge und Kosten – offengelegt werden und die Versicherungen wollen ihre Risikostrukturen und Gewinnmargen nicht preisgeben. Diese Zielkonflikte der Beteiligten erfordern, daß die für die Transparenz eines solchen vernetzten Gesundheitssystems notwendigen Daten gesetzlich festgeschrieben und der Informationsaustausch in einer standardisierten Form geregelt wird. Dies gilt insbesondere auch für die Weiterentwicklung eines solchen Informationssystems. Daher ist eine Festlegung welche Daten zwischen den Beteiligten, Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern ausgetauscht werden sollen, dringend erforderlich. Dies gilt auch für die weitere Aufbereitung und Auswertung der Daten.

Insofern ist eine Standardisierung und einheitliche Strukturierung der Daten zwingend erforderlich.

In dem ersten Teil dieser Arbeit werden die Entstehungsgeschichte und die Vorschriften des § 301 SGB V dargestellt. Weiter wird die „Datenübermittlungsvereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V“ über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V - , die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgeschlossen wurde, vorgestellt und erläutert. Anschließend werden die Maßnahmen – notwendige Änderungen in der Organisation – beschrieben, die der einzelne Leistungserbringer (hier Akutkrankenhäuser) durchführen muß, um die geforderten Daten sach- und fristgerecht bereitzustellen.

Das hier vorgestellte Lösungskonzept wurde im Rahmen der Arbeiten zur Umsetzung der Vorschriften des § 301 SGBV sowie der Datenübermittlungsvereinbarung für die in Trägerschaft eines größeren Krankenhausträgers stehenden Einrichtungen unter der Leitung des Verfasser erarbeitet. Das Konzept ist so angelegt, daß es nicht nur die Anforderungen des § 301 Abs. 3 SGB V (Akutkrankenhäuser) abdeckt, sondern auch gleichzeitig eine Basis für die Datenübermittlung nach § 301 Abs. 4 SGB V (Fachkliniken) und § 302 SGBV (Abrechnung mit sonstigen Leistungserbringern, ambulante Physiotherapie –Akutkrankenhäuser und Fachkliniken-) darstellt. Dies war insofern von Bedeutung, da von der Trägergesellschaft neben Akutkrankenhäusern auch Fachkliniken und Altenhilfeeinrichtungen betrieben, und somit die oben angesprochen Vorschriften alle in den jeweiligen Einrichtungen umgesetzt werden müssen.
In diesem Zusammenhang wird auch die Nutzung der gesetzlich geforderten Daten durch die eigene Einrichtung unter dem Aspekt der Verbesserung der innerbetrieblichen Transparenz - z. B. im Rahmen der Forderung nach Qualitätssiche-

rung, der Möglichkeiten des internen Krankenhausvergleiches und dem Ausmaß der Fehlbelegung - sowie in Bezug auf die Ablauforganisation und die Kosten der Leistungserbringung in der eigenen Einrichtung dargestellt.

Der zweite Teil der Arbeit geht der zentralen Frage nach, ob die geltenden Vorschriften den Forderungen nach mehr Transparenz im Gesundheitswesen gerecht werden. Vor allem ist zu hinterfragen, ob die Daten, die nach § 301 SGB V von den Krankenhäusern für die stationäre Behandlung sowie für die ambulanten Operationen zu erheben und an die Krankenkassen zu übermitteln sind, mit den gesetzlich geforderten Daten und Informationen über das Leistungsgeschehen in den übrigen Sektoren des Gesundheitswesen so aufeinander abgestimmt sind, daß ein integriertes und schlüssiges Informationsmodell für den Bereich „Gesundheit“ entstehen kann. Denn nur wenn ein den gesamten Gesundheitsbereich umfassendes, über die verschiedenen Sektoren hinweg abgestimmtes, verbindliches Informationsmodell existiert, ist eine sinnvolle sektorenübergreifende Planung und Steuerung möglich, wie sie in den verschiedenen Gutachten des Sachverständigenrates seit 1988 immer wieder gefordert wird. Dieses Informationsmodell ist auch für die Umsetzung der Vorschriften des § 141 SGB V (Konzertierte Aktion) von grundlegender Bedeutung. Sie legen fest, daß alle an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Beteiligten (Leistungserbringer, Kostenträger, Ministerien etc.) gemeinsam die medizinischen und wirtschaftlichen Orientierungsdaten erarbeiten und auf der Basis dieser Daten Empfehlungen unter dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität für die einzelnen Versorgungsbereiche formulieren.
Ergebnis dieses Teiles der Arbeit ist ein auf den Patienten bezogenes Informations- bzw. Datenmodell. Dieses Modell erlaubt die Abbildung des Patienten ebenso wie die Abbildung des einzelnen Leistungsträgers und die von ihm erbrachten Leistungen. Weiter kann über die Schnittstelle der Patientenidentifikation auch der Kostenträger abgebildet werden. Schließlich ist es auch möglich mit

diesem Modell der Politik und der Wissenschaft die notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen, die sie für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems (§ 141 SGB V) oder für epidemiologische Forschungen benötigen.

II. Der § 301 und seine Umsetzung im Akutkrankenhaus

II.1. Die Entstehung des § 301 SGB V

Im Rahmen des GRG wurde das 5. Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – in Kraft gesetzt. Das SGB V löst alle Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO) ab, die sich mit der Gesetzlichen Krankenversicherung beschäftigten. Das SGB V enthält im Zehnten Kapitel die Bestimmungen über „ Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz“. Entsprechende Vorschriften, wie sie in diesem Kapitel des SGB V niedergelegt sind, existierten in der RVO nicht. Dieses Kapitel enthält alle Vorschriften, die die Leistungserbringer, die Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen abgeben, verpflichten, Daten über die Behandlung der Patienten der GKV zu erheben und an die Krankenkassen weiterzuleiten. Im einzelnen sind in diesem Kapitel folgende Vorschriften enthalten:

§ 291 Krankenversichertenkarte

§ 294 Leistungserbringer, die an der vertragssärztlichen (ambulanten) Versorgung teilnehmen

§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen (vertragsärztliche Versorgung)

§ 300 Arzneimittelabrechnung

§ 301 Krankenhäuser und Fachkliniken, stationäre Abrechnung, ambulantes Operieren

§ 301 a Hebammen und Entbindungspfleger (durch das 2. SGBÄndG vom 13.6.1994 eingefügt)

§ 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer (Heil- und Hilfsmittel).

In den o. g. Paragraphen findet sich eine Aufzählung der Daten und Informationen, die von den Leistungserbringern erhoben werden müssen und an die Krankenkassen zu übermitteln sind. Die Aufzählung der Daten ist enumerativ; dies resultiert aus dem generellen Verbot des Sozialgesetzbuches, Sozialdaten zu erheben und zu speichern (vgl. Krahmer, 1996, S. 61). Dieses grundsätzliche Verbot ergibt sich aus den Bestimmungen zum Schutz der Sozialdaten, die im Ersten (§ 35 SGB I) und Zehnten Buch (§ 67 ff SGB X) des Sozialgesetzbuches geregelt sind. In § 67 b Abs. 1 SGB X heißt es: „Die Verarbeitung von Sozialdaten und deren Nutzung sind nur zulässig, sofern die nachfolgenden Vorschriften oder eine andere Rechtsvorschrift in diesem Gesetzbuch es erlauben oder anordnen oder soweit der Betroffene eingewilligt hat." Diese Vorschrift besagt, daß es verboten ist, Daten, die <u>nicht</u> in den entsprechenden Vorschriften aufgeführt sind, zu erheben, zu speichern bzw. zu nutzen. Es bedeutet im Umkehrschluß aber, daß weitergehende Daten und Informationen, sofern sie für die künftige Planung und Steuerung des Gesundheitswesens als notwendig erachtet werden (vgl. § 141 SGB V – Konzertierte Aktion -), erst nach einer entsprechenden Gesetzesänderung erhoben und verarbeitet werden dürfen. Hier tritt der grundsätzliche Zielkonflikt zwischen einer vollständigen Transparenz über das Leistungsgeschehen im Gesundheitsbereich und dem „Recht auf informationelle Selbstbestimmung" deutlich zutage.

Hier soll schon darauf hingewiesen werden, daß auch in weiteren Büchern des Sozialgesetzbuches, die sich mit Leistungen im Gesundheitsbereich und Pflegebereich (SGB VI, SGB VII, SGB XI) befassen, entsprechende Vorschriften zur Datenerhebung und Datenübermittlung an die jeweiligen Kostenträger enthalten sind. Inwieweit diese Vorschriften aufeinander abgestimmt sind, wird in einem späteren Kapitel erörtert.

II.2. Inhalt und Zielsetzung des § 301 SGB V

Das 10. Kapitel des SGB V und somit auch der § 301 SGB V hat, wie oben schon erwähnt, keine entsprechende ältere Vorschrift in der RVO oder in anderen Rechtsvorschriften, insofern beginnt die Geschichte des § 301 SGB V mit dem Gesetzgebungsverfahren zum GRG. In diesem Zusammenhang muß erwähnt werden, daß in dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GRG vom 29.4.1988 (BR-Drucks. 200/88) eine Datenübermittlungspflicht der Krankenhäuser an die Krankenkassen noch nicht enthalten war. Die Weitergabe der Leistungsdaten war in diesem Regierungsentwurf in den §§ 302 bis 309 geregelt und bezog sich lediglich auf die Leistungsdaten aus dem ambulanten Sektor. Erst in den Beratungen und Ausschußsitzungen wurde in den Zweiten Abschnitt „Übermittlung von Leistungsdaten“ des Zehnten Kapitels „Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz“ des SGB V der § 301 „Krankenhäuser“ zusätzlich eingefügt. Im GRG ist die erste Fassung des § 301 SGB V daher auch noch recht allgemein gehalten. Er lautete wie folgt:

§ 301 Krankenhäuser (alte Fassung)

(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind befugt und verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben zu übermitteln:

1. *die Krankenversichertennummer,*
2. *den Tag und den Grund der Aufnahme sowie die Aufnahmediagnose,*
3. *bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes,*

4. *den Tag und den Grund der Entlassung, Verlegung sowie Entlassungsdiagnose*
5. *die nach der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte.*

(2) Für die Angabe der Diagnosen nach Absatz 1 Nr. 2 und 4 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine geeignete Verschlüsselung zu vereinbaren. Im übrigen regeln die Vertragspartner nach § 112 Abs. 1 das Nähere. Sie haben dabei die Voraussetzungen und das Verfahren bei Teilnahme an einer Abrechnung auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern zu regeln. § 112 Abs. 4 und 6 gilt entsprechend.

(3) Für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag (§111) besteht, gilt bei stationärer Behandlung die Verpflichtung nach Absatz 1 entsprechend.

Die erste Fassung des § 301 SGB V vom 20.12.1988 brachte gegenüber der damals geübten Praxis der Informationsweitergabe über die Behandlung der Patienten nichts wesentlich Neues. Auch schon vor dem Inkrafttreten des § 301 SGB V – alte Fassung – wurden den Krankenkassen die Aufnahme und Entlassung eines jeden Patienten schriftlich angezeigt. Sofern die Krankenversichertennummer zur Verfügung stand, wurde auch diese Information mit der Aufnahmeanzeige an die Krankenkasse weitergegeben. Mithilfe der Einweisungsscheine, die der Aufnahmeanzeige beigefügt waren, wurden die Krankenkassen über den Grund und die Notwendigkeit der stationären Behandlung des Patienten sowie über den einweisenden Arzt (KV-Nummer) informiert. Die Krankenhäuser ihrerseits erhielten schriftlich für jeden behandelten Patienten eine Kostenzusage von der Krankenkasse. Den Krankenkassen wurde und werden darüber hinaus mit der Abrechnung in Papierform die Fachabteilung(en), in der der Versicherte behandelt wur-

de, und die abgerechneten Entgelte mitgeteilt, so wie es auch § 301 Abs. 1 Zi. 5 SGB V a.F. forderte.

Neu gegenüber der bisher geübten Praxis war die Aufforderung an die Vertragsparteien – die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft – für die Übermittlung der Diagnosen eine geeignete Verschlüsselung zu vereinbaren. Weiter enthielt § 301 Abs. 2 SGB V a.F. die Verpflichtung, eine Regelung herbeizuführen, die es den Parteien ermöglichte, die in § 301 SGB V genannten Daten mittels Datenträger zu übermitteln. Zudem sah die alte Fassung des § 301 SGB V vor, daß eine Vereinbarung zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen auf der Basis der zweiseitigen Verträge nach § 112 Abs. 1 SGB V auf Landesebene geregelt werden sollte. Der § 112 SGB V verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen, der Ersatzkassen, die Landeskrankenhausgesellschaften und die Vereinigung der Krankenhausträger des Landes, diejenigen Verträge zu schließen, welche die Krankenhausbehandlung nach Maßgabe des SGB V sicherstellen. Insofern wäre es nach der alten Fassung des § 301 SGB V in Verbindung mit dem § 112 SGB V notwendig gewesen, in allen 16 Ländern getrennt die Ausgestaltung und Durchführung des § 301 vertraglich zu vereinbaren. Eine einheitliche Datenübermittlungsvereinbarung wäre nach der alten Fassung somit sicher nicht zustande gekommen.

Nur vereinzelt kam es in dieser Zeit zwischen einzelnen Krankenhäusern und Krankenkassen zu bilateralen Absprachen zur Datenübertragung der Abrechnungsdaten. Lediglich die Vereinbarung zur Verschlüsselung der Diagnosen war an eine Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der deutschen Krankenhausgesellschaft gebunden.
Die Begründung der im GRG neu geschaffenen Datenübermittlungsvorschriften geht von der Überlegung aus, mehr Transparenz über die Leistungen und Kosten

im Gesundheitswesen zu schaffen. Da die stationäre Versorgung der Versicherten etwa $^{1}/_{3}$ der Ausgaben der GKV ausmacht, sollen insbesondere in diesem Versorgungsbereich mit Hilfe der nach dem Gesetz zu erhebenden Daten Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisiert werden, um somit zu einer Beitragssenkung oder mindestens zu einer Beitragssatzstabilisierung in der GKV zu gelangen. An dieser Stelle sei erwähnt, daß die Datenschutzvorschriften des SGB V im Rahmen des GRG in der Weise ergänzt wurden, daß eine Zusammenführung der Leistungsdaten eines Versicherten bei den Krankenkassen unmöglich gemacht wurde. Dies wurde im Rahmen der Vorschriften der §§ 294 ff SGB V geregelt; sie legen fest, daß die Abrechnung der Leistungen aus der vertragsärztlichen Versorgung über die jeweils zuständige KV/KZV zu erfolgen hat und die einzelnen Daten über die Behandlung der Versicherten nicht automatisch an die Krankenkassen weitergegeben werden dürfen. Begründet wurden diese Vorschriften damit, daß der „gläserne Patient" nicht Realität werden dürfe. Eine Weitergabe der Leistungsdaten des Versicherten ist nur im Rahmen von Prüfungen nach § 106 SGB V zulässig, oder wenn ein Versicherter Auskunft nach § 305 SGB V begehrt.

Wie oben beschrieben, hatten die Vorschriften des § 301 SGB V a.F. keine wesentlichen Auswirkungen auf die Informations- und Datenübermittlung der Krankenhäuser an die Krankenkassen. Auf Grund der Vorschriften des § 301 SGB V a.F. wurden deshalb auch innerhalb der Krankenhäuser keine zusätzlichen Aktivitäten entwickelt, diesen Regelungen nachzukommen, was wiederum dadurch gestützt wurde, daß die GKV ihrerseits keine Initiativen ergriffen hatte, die Vorschriften des § 301 SGB V a.F. umzusetzen. Dies galt in gleicher Weise für die Aktivitäten der Landeskrankenhausgesellschaften, die ihrerseits ebenfalls keine Anstrengungen unternahmen, die Vorschriften des § 301 SGB V a.F. umzusetzen.

Die wirtschaftliche Entwicklung innerhalb der GKV war nach Inkrafttreten des GRG weiterhin von einem negativen Verlauf gekennzeichnet. Kurzen Einsparerfolgen folgten mehr oder minder große Defizite bei der GKV und somit zwangsläufig auch Beitragssatzerhöhungen. Ein wesentliches Ziel des GRG, nämlich die Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV, wurde somit nicht erreicht. Vor dem Hintergrund dieser wirtschaftlichen Entwicklung wurde das Gesundheitsstrukturgesetz beraten und am 1.1.1993 in Kraft gesetzt. Wie in der Begründung zum GRG waren auch in der Begründung des GSG die wichtigsten Ziele, die GKV von Ausgaben zu entlasten und somit die geforderte Beitragssatzstabilität herbeizuführen sowie eine größere Transparenz im Bereich des Leistungsgeschehens innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung herzustellen. In der Begründung zu diesem Gesetz heißt es:

„h) Kosten- und Leistungstransparenz

Die bei den Krankenkassen anfallenden Daten über das Leistungsgeschehen in der medizinischen Versorgung und die damit verbundenen Kosten werden bisher nur unzureichend genutzt, um die Informationsgrundlagen für gezielte Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Insbesondere fehlen weitgehend die Voraussetzungen für eine rationelle Erfassung und Auswertung der Daten.
Zudem ist das Leistungsgeschehen und die Kosten in der GKV für die Beteiligten, insbesondere die Versicherten, nicht hinreichend transparent. Hierzu sind Verbesserungen vorgesehen (BT-Drucks. 12/3608 vom 5.12.1992 in Hauck (1), Bd. 3, M 011 S. 7)“.

Parallel werden, wie in der Begründung zum GRG, Bereiche von Über- bzw. Unterversorgung beschrieben. Um diese Tatbestände zu bereinigen, sind ebenfalls zusätzliche Daten und Informationen über das Leistungsgeschehen im Gesundheitsbereich notwendig.

In gleicher Weise mahnt der Sachverständigenrat in seinem Jahresgutachten von 1991 die Gesundheitsberichterstattung an, die die Grundlage für weitere Planungen und Entscheidungen und somit für die Weiterentwicklung des Gesund-

heitswesen sein sollte (JG 1991, RN 106 ff). Insofern wurde mit dem GSG auch der § 301 SGB V novelliert und erhielt folgende Fassung. Der Text lautet wie folgt:

§ 301 Krankenhäuser

Anmerkung: § 301 SGB V wurde durch das Gesundheitsreformgesetz 2000 geändert. Der geänderte Fassung ist im Anhang abgedruckt.

(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben maschinenlesbar zu übermitteln:

1) *die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 8 sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten,*
2) *das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse,*
3) *den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,*
4) *bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,*
5) *die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,*
6) *Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen,*
7) *den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,*
8) *Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,*
9) *die nach § 115 a und 115 b sowie nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechneten Entgelte.*
10) *Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie der Angaben nach Satz 1 Nr. 8 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig.*

(2) Die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 sind nach dem vierstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen

vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Die Operationen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln. Der Bundesminister für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Schlüssels und der Klassifikation für die Anwendung nach Satz 1 im Bundesanzeiger bekannt. Die Fachabteilungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 sind nach der Gliederung in Anhang 1 zum Kosten- und Leistungsnachweis nach § 16 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung anzugeben.

(3) Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 und das Verfahren der Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutsche Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam.

(4) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, sind verpflichtet, den Krankenkassen bei stationärer Behandlung folgende Angaben maschinenlesbar zu übermitteln:

1) *die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 sowie das krankenhausinterne Kennzeichen für den Versicherten,*
2) *das Institutionskennzeichen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und der Krankenkasse,*
3) *den Tag der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,*
4) *bei ärztlicher Verordnung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, die Arztnummer des einweisenden Arztes,*
5) *den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,*
6) *Angaben über die durchgeführten Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,*
7) *die berechneten Entgelte.*

Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie Angaben nach Satz 1 Nr. 6 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig. Für die Angaben der Diagnosen nach Satz 1 Nr. 3 und 5 gilt Absatz 2 entsprechend. Absatz 3 gilt entsprechend.

(5) Die ermächtigten Krankenhausärzte sind verpflichtet, dem Krankenhausträger im Rahmen des Verfahrens nach § 120 Abs.1 Satz 3 die für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen erforderlichen Unterlagen zu übermitteln; §295 gilt entsprechend. Der Krankenhausträger hat den Kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnungsunterlagen zum Zwecke der Abrechnung vorzulegen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen entsprechend.

In § 301 Abs. 1 Nr. 1 SGB V wird auf § 291 Abs. 2 SGB V Bezug genommen. Diese Vorschrift zählt die Informationen der Krankenversichertenkarte auf, die zusätzlich mit den Daten, die der § 301 SGB V nennt, erhoben und übermittelt werden müssen. Es sind dies im einzelnen:

Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse

Familienname und Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)

Krankenversichertennummer

Versichertenstatus (inkl. RSA-Kennzeichnung)

Tag des Beginns des Versicherungsschutzes

Bei befristeter Gültigkeit der Karte Datum des Fristablaufs

Als wichtigste Änderungen gegenüber dem bisherigen Gesetzestext sind folgende Punkte zu nennen:

1. Die Vertragspartner der Vereinbarung über eine Datenübermittlung nach § 301 SGB V sind nicht wie bisher die Landesverbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausgesellschaften (vgl. § 301 Abs. SGB V3 a.F. in Verbindung

mit § 112 Abs. 1 SGB V), sondern auf Bundesebene für das gesamte Verfahren nach § 301 Abs. 3 SGB V die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

2. Die Leistungserbringer – Akutkrankenhäuser wie Fachkliniken - sind verpflichtet, den Krankenkassen die Leistungsdaten in maschinenlesbarer Form zu übermitteln. Die auf der Basis des § 301 SGB V abgeschlossenen Datenübermittlungsvereinbarungen schließen grundsätzlich aus, daß künftig Daten, die im § 301 SGB V aufgeführt sind, noch in Papierform an die Krankenkassen übermittelt werden. Maschinenlesbar bedeutet für die Datenübermittlungsvereinbarungen, daß die Daten entweder auf Datenträgern (Disketten, Magnetbändern) oder mittels Datenfern-übertragung übermittelt werden müssen. Die maschinenlesbare Form bedeutet aber auch, daß alle an dem Verfahren der Datenübermittlung Beteiligten sich auf einen festen Standard der Datenformate (Feldformate), Datensatzstrukturen und Datenübermittlung einigen müssen (vgl. § 301 Abs. 3 SGB V).

Art und Umfang der von den Leistungserbringern zu erhebenden und an die Krankenkassen zu übermittelnden Daten ist deutlich angestiegen. Erhielten bis zu diesem Zeitpunkt die Krankenkassen lediglich die Information über die Dauer, die behandelnde Fachabteilung und die jeweilige Diagnose(n) – allerdings unverschlüsselt in der Entlassungsmitteilung –, so verpflichtet der § 301 SGB V den Leistungserbringer nunmehr nicht nur die Diagnosen nach dem jeweils gültigen ICD zu verschlüsseln, sondern auch die Operationen nach dem jeweils gültigen ICPM / OPS-301 zu verschlüsseln. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, daß für den Bereich der Diagnoseverschlüsselung die Vorschrift sich auf den 4-stelligen ICD beschränkt, während für den Bereich der Operationen eine Stellenbegrenzung des Operationenschlüssels (ICPM / OPS-301) nicht vorgesehen ist. Durch Bekanntmachung vom 9.7.1993 (Bundesanzeiger Nr. 125 vom 9.7.1993) hat das Bundesministerium für Gesundheit den ICD in der 9. Revision für die Vor-

schriften nach § 295 Abs. 1 und § 301 Abs. 2 SGB V festgeschrieben. Warum im Bereich des Diagnosenschlüssels ICD eine Stellenbegrenzung durch das Gesetz bzw. die Bekanntmachung des BMG erfolgte, ergibt sich weder aus dem Gesetz selbst, noch folgt es aus der Gesetzesbegründung. Dies verwundert insbesondere vor dem Hintergrund, daß der ICD 9 selbst 5-stellig ist, und daß der Verband der Rentenversicherungsträger – VdR - diesen Schlüssel für den Bereich der Rehabilitation und Anschlußheilbehandlung bereits seit längerer Zeit in einer 6-stelligen Form anwendet. Diese Tatsache wird an anderer Stelle noch einmal zu diskutieren sein.

Neben diesen Verschlüsselungen müssen auch die Fallpauschalen und Sonderentgelte, die nach Anlage 1 und 2 der BPflV abgerechnet werden, nach eben diesen Katalogen verschlüsselt werden. Hierbei ist darauf zu achten, daß Fallpauschalen und Sonderentgelte nur dann abgerechnet werden können, wenn die ICD / ICPM / OPS-301 Kombination(en), die jede Fallpauschale und jedes Sonderentgelt definiert, auch zutreffen (vgl. Anlage 1 und 2 BPflV, Spalte 3 und 4). Sofern das Krankenhaus Leistungen im Rahmen der Rehabilitation erbringt, ist es verpflichtet, diese nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), die vom VdR erarbeitet wurde, zu erheben und die entsprechenden Daten zu übermitteln.

II.3. Die Bedeutung der Vorschriften des § 301 SGB V für das Krankenhaus

Durch die Novellierung des § 301 SGB V im Rahmen des GSG und der damit einhergehenden Präzisierung und Ausweitung der Vorschriften zur Datenerhebung und -übermittlung an die Kostenträger wächst gleichzeitig auch die Bedeu-

tung dieser Daten für das Krankenhaus selbst. In den Daten, die nach der Änderung des § 301 SGB V an die Krankenkassen zu übermitteln sind, sind Informationen enthalten, die bisher in der Regel nicht oder nicht standardisiert von dem einzelnen Krankenhaus erhoben und gespeichert wurden. Hierzu gehören insbesondere die Operationen nach dem ICPM, Fallpauschalen, Sonderentgelte sowie die im Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsleistungen (KTL). Der § 301 SGB V a.F. sah lediglich die Erhebung von Daten bei der Aufnahme und Entlassung des Patienten vor. Die Novelle zwingt das einzelne Krankenhaus nunmehr auch die Leistungen, die bei dem einzelnen Patienten während des stationären oder teilstationären Aufenthaltes bzw. im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung sowie der Behandlung nach § 115 b SGB V – ambulantes Operieren – in den verschiedenen Abteilungen des Krankenhauses erbracht werden, zu erheben und in der vereinbarten, standardisierten Form an die Kostenträger weiterzuleiten.

Um diesen neuen Vorschriften gerecht zu werden, muß die einzelne Einrichtung dafür Sorge tragen, daß zum einen die geforderten medizinischen Klassifikationssysteme – ICD-9, (ICD-10), ICPM / OPS-301, KTL, Katalog der Fallpauschalen und Sonderentgelte nach BPflV – den dafür verantwortlichen Ärzten bekannt sind, und zum anderen der systematische Umgang mit diesen Klassifikationssystemen in der täglichen Praxis zum Normalfall wird. Darüber hinaus muß die Einrichtung eine reibungslose Erhebung der geforderten Daten sicherstellen. Neben der reinen Erhebung der Daten sind als weitere Schritte Erfassung, Prüfung, Korrektur und Versand der Daten von der Einrichtung zu organisieren.

Die Einführung der verschiedenen medizinischen Klassifikationssysteme bedeutet, daß entsprechende Schulungen für alle Mitarbeiter, die mit der Verschlüsselung der Patientendaten in die verschiedenen Klassifikationssysteme betraut sind,

durchgeführt werden müssen. Die Schulungen sind in regelmäßigen Zeiträumen immer wieder neu auszurichten, da insbesondere das ärztliche Personal ausbildungsbedingt einer entsprechenden Fluktuation unterliegt. Hierbei ist auch darauf zu achten, daß Zweifelsfragen bei der Benutzung eines Schlüssels aus einem dieser Klassifikationssysteme auf Abteilungsebene bzw. auf Klinikebene besprochen und entschieden werden. Eine Hilfe hierzu kann der von Albrecht Zaiß herausgegebene „Leitfaden zur medizinischen Basisdokumentation nach § 301 SGB V“ sein. In diesem Buch sind die wichtigsten Schritte erläutert, die notwendig sind, ein funktionierendes System der Erhebung, Erfassung, Prüfung und Dokumentation für die verschiedenen medizinischen Klassifikationssysteme in einer Einrichtung aufzubauen. Für die anderen, eher verwaltungstechnischen Schritte ist eine entsprechende Änderung der Ablauforganisation notwendig; dies gilt insbesondere im Hinblick auf die einzuhaltenden Fristen – Aufnahme, Verlängerung und Entlassung - bei der Übermittlung der Daten an die Krankenkassen.

Die Änderungen des § 301 SGB V sind aber auch in einem engen Zusammenhang mit den zum gleichen Zeitpunkt geänderten Bestimmungen des § 303 SGB V zu sehen. An dieser Stelle sind zwei Punkte wesentlich:

1. § 303 Abs. 2 SGB V erlaubt den Krankenkassen Arbeitsgemeinschaften zu bilden, um die Daten, die ihnen im Rahmen der §§ 294 ff SGB V automatisch übermittelt werden, zu übernehmen und <u>gemeinsam</u> auszuwerten. Dies gilt hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen der kassenäztlichen Versorgung nach § 106 SGB V, der Überprüfung und der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs. 2 SGB V sowie der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung nach § 113 SGB V. (Hinweis: Soweit sich die Daten auf einen Sektor- ambulante Behandlung oder stationäre Behandlung – beziehen – und nur dann, liegen diese <u>immer in der gleichen</u> Datenstruktur vor.) Diese gemeinsame

und damit zentrale Datenhaltung und Datenverarbeitung erleichtert den Krankenkassen sowohl die Verpflichtung, Prüfungen nach §106 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfungen der vertragsärztlichen Versorgung), nach §112 Abs. 2 SGB V (Fehlbelegung) sowie nach § 113 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenhausbehandlung) durchzuführen als auch die Versicherten über die Inanspruchnahme von Leistungen zu unterrichten (§ 305 SGB V).

2. Erstmals werden Sanktionen in den geänderten § 303 SGB V aufgenommen. Es wird bestimmt, daß keine Abrechnungen mehr von den Krankenkassen nach dem 1.1.1995 (1996) vergütet werden dürfen, wenn die Abrechnung nicht maschinenlesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern vorliegt. Diese Erweiterung war notwendig, um den Bestimmungen des Datenaustausches § 301 SGB V Nachdruck zu verleihen und um die Bedeutung der Transparenz des Geschehens innerhalb der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens, die für die Gesetzliche Krankenversicherung und die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen unabdingbar ist, zu unterstreichen (BT-Drucks.12/3608, zu Nummer 143 (§ 303)). Speziell für die Krankenhäuser bedeutet diese Regelung, daß die Rechnungen für die einzelnen Patienten nicht mehr beglichen werden, sofern nicht die geforderten Daten und Informationen nach § 301 Abs. 1 SBG V auf maschinell verwertbaren Datenträgern vorliegen bzw. übertragen sind. Dies stellt die wohl denkbar schärfste Sanktion gegenüber dem Leistungserbringer dar, denn sofern die Einrichtung nicht an dem Verfahren nach § 301 SGB V teilnimmt, ist ihre Liquidität und damit auch ihr Bestand gefährdet.

Diese Änderungen zeigen deutlich, daß der Gesetzgeber gewillt ist, die wirtschaftliche Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern, indem er es ihr ermöglicht, die notwendigen Daten und Informationen nicht mehr wie bisher in Papierform, sondern in gleicher Form und Struktur auf maschinell ver-

wertbaren Datenträgern zu erhalten. Bisher erhalten die gesetzlichen Krankenkassen ca. 1 Mrd. unterschiedlichster Belege pro Jahr aus den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens, die in ihrer Informationsstruktur nicht aufeinander abgestimmt und für eine maschinelle Datenverarbeitung nicht ausgelegt sind. Insofern waren und sind Auswertungen und Prüfungen im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und medizinische Effizienz nicht oder nur in einzelnen begrenzten Studien möglich, da die Informationen von den einzelnen Belegen mühsam in ein Datenverarbeitungssystem übertragen werden müssen. Zeitverzögerungen bei der Erstellung von Analysen waren bzw. sind zwangsläufig die Folge.

Zusätzlich zu den beschriebenen Änderungen des GSG sieht das 2. NOG - § 305 Abs. 2 SGB V neue Fassung - vor, daß künftig die Krankenhäuser die Versicherten über die Kosten der Krankenhausbehandlung schriftlich zu informieren haben. Im übrigen gilt diese Informationspflicht, Kosten und Leistungen gegenüber dem Versicherten schriftlich zu dokumentieren, auch für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte – sowohl für niedergelassene Ärzte als auch Krankenhausärzte -, sowie für alle übrigen Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen. Auch für die Umsetzung dieser am 1.7.1997 in Kraft getretenen Bestimmungen sind in den Krankenhäusern entsprechende Vorkehrungen, insbesondere im Bereich der Ablauforganisation (Datenerhebung, Software) zu treffen.

II.4. Die Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

Der Aufbau und die Betreibung eines Systems, das eine einheitliche Datenkommunikation und den wechselseitigen Datenaustausch erlaubt, erfordert in einem so heterogenen Umfeld wie dem der Krankenkassen und der Krankenhäuser sehr

intensive und detaillierte Vorbereitungen. Insofern muß eine Vereinbarung erstellt werden, die von der Beschreibung der rein physischen Anbindung zweier Kommunikationspartner bis hin zur Definition der Datensatzstrukturen und der Felder alle notwendigen Informationen für die Datenkommunikation zwischen den Partnern enthält. Erschwerend kommt hinzu, daß bisher eine solche Datenkommunikation zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen nicht existiert und somit auf Erfahrungen aus anderen Kommunikationsprojekten nicht zurückgegriffen werden kann. Der Umfang dieser Datenkommunikation läßt sich sehr schnell verdeutlichen. Geht man von ca. 15 Mio. Patienten pro Jahr in der stationären Behandlung aus und unterstellt man, daß nur 4 Nachrichtentypen – Aufnahme, Kostenzusage, Entlassung, Rechnung - übermittelt werden, so ergibt sich ein Volumen von 60 Mio. Datensätzen – Nutzdatensätzen- ohne die zusätzlich notwendige Steuerungsinformation. An dieser Kommunikation sind ca. 2.400 Krankenhäuser und etwa 1.700 Krankenkassen beteiligt. Sofern daher für einzelne Bereiche in der Datenkommunikation von der Industrie schon Standards erarbeitet und erprobt worden sind oder auf der Ebene von DIN-Vorschriften Lösungsmodelle – EDIFACT (Electronic Data Interchange For Administration Commerce and Transport) - existieren, ist man in dieser Situation gut beraten, diese zu beachten und, wenn immer möglich, auch zu übernehmen. An dieser Stelle sei schon erwähnt, daß der Datenübertragungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V nicht die DIN-Vorschriften des EDIFACT- Standards zugrunde gelegt worden sind, sondern der Aufbau der Dateien und Sätze dem EDIFACT-Standard (DIN EN 29 735) lediglich angelehnt wurde. Dies bedeutet, daß nicht alle Regeln, die im EDIFACT-Standard vereinbart sind, auch für diese Datenkommunikation zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern gültig sind (vgl. Rickelt, 1997, S. 139 ff). Dieser Punkt wird später noch einmal eingehend zu diskutieren sein.

Auf der Grundlage des § 301 Abs. 3 SGB V ist zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Vereinbarung zur Umsetzung der Datenkommunikation zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen erarbeitet worden. Diese wurde am 5.12.1994 von beiden Seiten unterschrieben (Anlage 1). Hierbei ist zu berücksichtigen, daß Artikel 25 des GSG folgendes vorschreibt:

„Kommen Regelungen nach § 106 Abs. 3, 115 Abs. 1 bis 4, § 135 Abs. 3 und 4, § 296 Abs. 4, § 300 Abs. 3, § 301 Abs. 3, § 302 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch bis zum 31. Dezember 1994 nicht zustande, kann der Bundesminister für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates unter Beachtung der für die Selbstverwaltung geltenden Vorgaben jeweils entsprechende Regelungen durch Rechtsverordnung treffen."

Falls die Vereinbarung nicht zustande gekommen wäre, hätte das BMG die Möglichkeit gehabt, von sich aus eine Datenübermittlungsvereinbarung in Kraft zu setzen.

In der Folgezeit wurde diese Vereinbarung notwendigerweise ergänzt und fortgeschrieben, zuletzt am 16.12.1999. Aufgabe der Vereinbarung ist es, die Bestimmungen des § 301 Abs. 3 SGB V für den Bereich der zugelassenen Krankenhäuser – Akutkrankenhäuser - nach § 108 SGB V umzusetzen. Zentrale Punkte dieser Vereinbarung sind die technische Beschreibung der Inhalte und der Aufbau der Datenfelder und Datensätze (§ 3): die Fristen, in denen die einzelnen Nachrichten an den jeweiligen Kommunikationspartner versandt sein müssen (§ 4), und die technische und organisatorische Form - Ablauforganisation - der Datenübermittlung (§ 5). Da die einzelnen Fragen viel zu komplex sind, als daß sie in einem einzigen Papier geregelt werden könnten, sind umfangreiche „Anlagen" zu der Datenübermittlungsvereinbarung das Kernstück dieser Vereinbarung. Insgesamt enthält sie zum jetzigen Zeitpunkt 5 Anlagen. Es sind dies folgende:

Anlage 1: Datensätze für die Datenübermittlung / Nutzdatensegmente inkl. Der Datenstruktur und Fehlerprüfungen

Anlage 2: Schlüsselverzeichnis

Anlage 3: Vordrucke

Anlage 4: Technische Anlage

Anlage 5: Durchführungshinweise

Die fünf Anlagen der Vereinbarung können einerseits in diejenigen unterteilt werden, die vorwiegend die internen Fragen der Einrichtungen bzw. die der Krankenkassen beschreiben - Anlagen 1, 2 und 5 -, und andererseits solche, die die technische Datenkommunikation zwischen den beiden Partnern beschreiben - Anlage 4 -. Anlage 3 dient lediglich der verbalen Beschreibung von Vordrucken, sofern eine Datenübermittlung auf Papier gemäß § 301 Abs. 1 Satz 2 SGB V noch zulässig ist. Derzeit sind hiervon lediglich die angeforderte medizinische Begründung im Rahmen der Verlängerung der Verweildauer und die Angabe von Rehabilitationsleistungen, die im Rahmen der stationären bzw. teilstationären Behandlung erbracht werden, betroffen. Unabhängig davon, ob die Datenübermittlung auf Papier zulässig ist, sind dennoch die Informationen, die der § 301 SGB V vorschreibt und die in den Anlagen 1, 2 und 5 beschrieben sind, zu übermitteln.

II.5. Schritte zur Umsetzung im Krankenhaus

Für die Umsetzung der Vorschriften aus der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V sind folgende Arbeitsschritte notwendig:

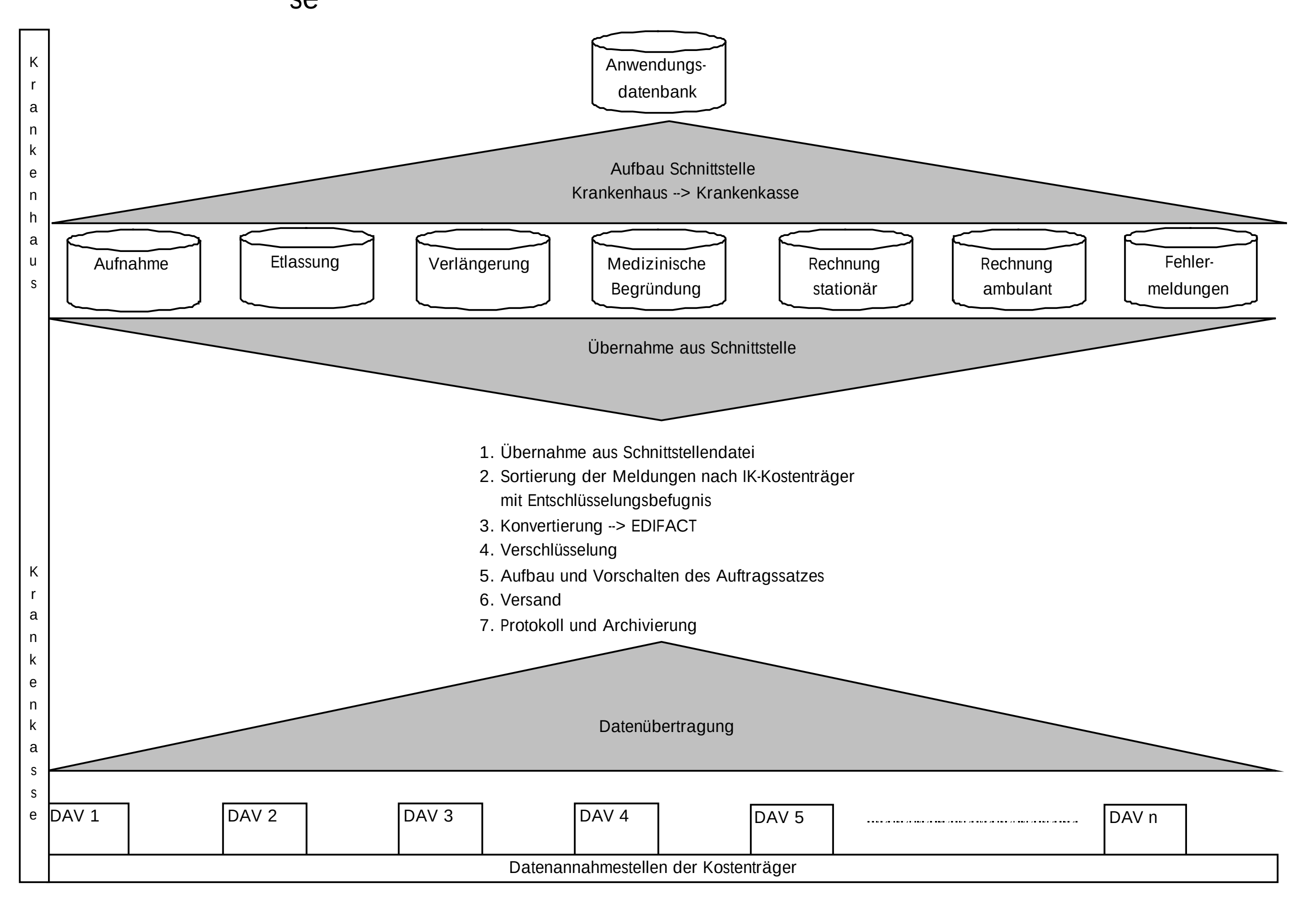
1. Analyse der zu übermittelnden Nachrichten (Kap. II.5.1),
2. Entwicklung einer Software-Schnittstelle (Kap. II.5.2. – Kap. II.5.4),

3. Überprüfung und gegebenenfalls Umstellung der eigenen Ablauforganisation in Verbindung mit der Organisation der Datenübertragung (Kap. II.5.5).

II.5.1. Allgemeine Übersicht – Nachrichtenarten und Nachrichtensegmente

Mit den beiden folgenden Abbildungen soll der Umfang des Informationsaustausches zwischen Krankenhaus und Kostenträgern dargestellt werden. Die Abbildung 1 zeigt den Datenfluß von dem Krankenhaus an die Kostenträger, die Abbildung 2 den Datenfluß von den Kostenträgern zum Krankenhaus.

Abbildung 1: Datenfluß Meldungen von dem Krankenhaus an die Krankenkasse



Erläuterung: IK = Institutionskennzeichen Kostenträger/Leistungserbringer
DAV = Datenannahme und –verteilstelle

Abbildung 2: Datenfluß Meldungen von der Krankenkasse an das Krankenhaus

Krankenkasse

Datenannahmestellen der Kostenträger

DAV 1 DAV 2 DAV 3 DAV 4 DAV 5 .... DAV n

Datenübertragung

1. Empfang der Daten
2. Entschlüsselung
3. Konvertierung von EDIFACT -> Schnittstelle
4. Protokoll und Archiv

Übernahme in Schnittstelle

Krankenhaus

Kosten-übernahme | Anforderung Med. Begr. | Zahlungssatz | Fehlermeldung

Übernahme in Anwendungsdatenbank

Anwendungs-datenbank

Erläuterung: IK = Institutionskennzeichen Kostenträger/Leistungserbringer
DAV = Datenannahme und –verteilstelle

Um einen ersten Überblick über die neuen Aufgaben zu erhalten, die mit der Datenkommunikation nach § 301 SGB V für die einzelne Einrichtung verbunden sind, ist die Durchsicht der Anlage 5 – Durchführungshinweise – der Datenübermittlungsvereinbarung wichtig. In dieser Anlage sind als erstes die Fristen für die Datenübermittlung festgehalten, die je nach Ereignis (z. B. Aufnahme, Entlassung) einzuhalten sind. Hier wird festgelegt, daß spätestens drei Arbeitstage nach Aufnahme eines Patienten zur stationären oder teilstationären Behandlung die vereinbarten Daten an die Krankenkasse zu übermitteln sind. Ähnliches gilt für die Meldung über die Entlassung, diese Mitteilung muß spätestens mit der Schlußrechnung übermittelt werden. Im Falle der notwendigen Verlängerung einer stationären oder teilstationären Behandlung ist vor Erreichen des geplanten Entlassungstermins im Zusammenhang mit der vorausgegangen Kostenzusage durch

die Krankenkasse eine entsprechende Mitteilung von dem Krankenhaus an die Krankenkasse zu senden. Für die Krankenkassen gilt ebenfalls eine Frist von drei Arbeitstagen bei der Übersendung der Kostenzusage oder Ablehnung der Kostenzusage mit der entsprechenden Begründung nach Erhalt der Aufnahmemeldung bzw. der Verlängerungsmeldung an die Einrichtung.

Der zweite Teil dieser Anlage beschäftigt sich mit der verbalen Beschreibung der verschiedenen Meldungen/Nachrichtenarten zwischen den beiden Kommunikationspartnern. Derzeit sind folgende Nachrichtenarten definiert :

Tabelle 1: Nachrichtenarten nach § 301Abs. 1

Name	Inhalt
AUFN	Aufnahmemeldung
VERL	Verlängerungsanzeige
MBEG	Medizinische Begründung
RECH	Rechnung (stationäre Behandlung)
ENTL	Entlassungsmeldung
AMBO	Ambulantes Operieren inkl. Rechnung
KOUB	Kostenübernahme
ANFM	Anforderung medizinische Begründung
ZAHL	Zahlungssatz (stationäre Behandlung)
ZAAO	Zahlungssatz (ambulantes Operieren)
FEHL	Fehlernachricht

Jede der o. g. Nachrichtenarten besteht ihrerseits aus unterschiedlichen Nachrichtensegmenten. Derzeit sind folgende Nachrichtensegmente vereinbart:

Tabelle 2: Nachrichtensegmente nach § 301 Abs. 3

Name	Inhalt
FKT	Funktion
INV	Information Versicherter
NAD	Name/Adresse
AUF	Aufnahme
EAD	Einweisungs-/Aufnahmediagnose
DAU	Dauer
FAB	Fachabteilung

Name	Inhalt
ETL	Entlassung
EBG	Entbindung
RBG	Reha / Behandlung / Einrichtung
REC	Rechnung
ZLG	Zuzahlung
ENT	Entgelt
RZA	Rechungszusatz
ENA	Entgelt Ambulante OP
EZV	Einzelvergütung
KOS	Kostenübernahme
ZPR	Zahlung / Prüfung
TXT	Text
FHL	Fehlermeldung

Jedes Nachrichtensegment wiederum hat einen festen Segment- / Satzaufbau. Dieser ist in dem Abschnitt 2 der Anlage 5 beschrieben. Danach gliedert sich z. B. das Segment „AUF“ Aufnahmeinformationen in folgende Felder:

Tabelle 3: Aufbau Segment AUF

Lfd. Feld Nr.	Inhalt
1	Aufnahmetag
2	Aufnahmeuhrzeit
3	Aufnahmegrund (Schlüssel 1)
4	Fachabteilung (Schlüssel 6)
5	Voraussichtliche Dauer der KH–Behandlung
6	Arztnummer des einweisenden Arztes
7	IK–Nummer der veranlassenden Stelle
8	Veranlassende Stelle bei Notaufnahme

Es sei noch einmal darauf hingewiesen, daß die Anlage 5 lediglich verbal die zu übermittelnden Nachrichten und ihren Aufbau beschreibt, sowie, sofern notwendig, einen Hinweis auf andere gesetzliche Vorschriften enthält. Ein Beispiel hierfür ist die Information Versichertenstatus in dem Nachrichtensegment INV – Information Versicherter. In der Beschreibung für dieses Feld wird darauf hingewiesen, falls die Versichertenkarte des Patienten in dem Status Feld diesen Patienten zu der Stichprobe des RSA (Risikostrukturausgleich nach § 267 Abs. 5 SGB V)

zurechnet, die Abrechnungsinformationen nicht nur im Rahmen des § 301 SGB V an die Krankenkassen zu übermitteln, sondern auch die Bestimmungen der Rahmenvereinbarung zum § 267 SGB V zu erfüllen sind. Diese Hinweise sind bei der Umsetzung der Vorschriften hilfreich, insbesondere bei der Überprüfung der eigenen Ablauforganisation sowie der eigenen EDV-Anwendungen.

Die bisher beschriebenen Informationen sind im wesentlichen nur von qualitativer Art und keinesfalls ausreichend, um die Kommunikation zwischen den Partnern - Krankenhaus und Kostenträger - aufzunehmen. Es bedarf der eindeutigen Beschreibung jedes einzelnen Datenfeldes und seiner festen Position innerhalb eines Nachrichtensegmentes sowie der hierarchischen Ordnung der Datensegmente untereinander. Da sich die Vereinbarung, wie oben bereits erwähnt, lediglich an den EDIFACT-Standard anlehnt, sind mehr zusätzliche Definitionen erforderlich, um einen reibungslosen Datenaustausch zu gewährleisten. Diese weiteren für die Umsetzung der Vorschriften notwendigen Informationen sind in der Anlage 1 Nutzdaten-Segmente enthalten. Hier wird jedes einzelne Segment und darunter jede(s) einzelne Datenelementgruppe/Datenelement mit seiner Position in dem jeweiligen Segment bzw. innerhalb der Datenelementgruppe definiert. Am Beispiel der Aufnahmemeldung sollen die Arbeiten dargestellt werden, die für die erfolgreiche Umsetzung der Vereinbarung in einem Krankenhaus notwendig sind. Nach einer ersten Analyse (Anlage 1 der Vereinbarung), die darlegt, welche Informationen für die einzelnen Nachrichtenarten erforderlich bzw. welche Informationen künftig von dem Partner über die Datenverbindung zur Verfügung zu stellen sind, muß in einem zweiten Schritt die eigene EDV-Anwendung (Datenbank) dahingehend überprüft werden, ob und inwieweit die notwendigen Informationen vorhanden sind. Diese Analyse kann nur auf der Basis der Anlage 1 – Nutzdaten-Segmente - und 2 – Schlüsselverzeichnis sowie den dazugehörigen Anhängen A–C der Vereinbarung erfolgen.

Der Aufbau aller Nachrichten ist streng hierarchisch gegliedert. Ein Abweichen von den vereinbarten Strukturen führt sofort zu entsprechenden Fehlern (vgl. Fehler und Korrekturverfahren), die je nach Schwere des Fehlers dazu führen können, daß alle Daten einer Übertragung von dem Kommunikationspartner abgewiesen werden. Die Aufnahmenachricht ist nach der Vereinbarung wie folgt aufgebaut:

Tabelle 4: Aufbau Nachricht “AUFN” – Aufnahmemeldung

Segment	Nr.	Inhalt	Status	Darstellung	Inhalt / Bemerkung	Iteration
FKT		Segment Funktion	M	an3	FKT	1
	1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9	
	2	Lfd. Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	01	
	3	IK des Absenders	M	an9	IK- Krankenhaus	
	4	IK des Empfängers	M	an9	IK- Krankenkasse	
INV		Segment Information Versicherter	M	an3	INV	1
	1	Krankenversicherten Nr.	K	an..12		
	2	Versichertenstatus	K	an5	Schlüssel 12	
	3	Gültigkeit Versichertenkarte	K	an4	JJMM bis Datum	
	4	KH- internes Kennz. Des Versicherten	M	an..15		
	5	Fall Nr. der Krankenkasse	K	an..12	Angabe entfällt	
	6	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	Angabe entfällt	
	7	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	Angabe entfällt	
NAD		Segment Name/Adresse	M	an3	NAD	1
	1	Name des Versicherten	M	an..47		
	2	Vorname des Versicherten	M	an..30		
	3	Geburtsdatum des Versicherten	K	an8	JJJJMMTT	
	4	Straße und Hausnummer	K	an..30		
	5	Postleitzahl	K	an5		
	6	Wohnort	K	an..25		
	7	Titel des Versicherten	K	an..17		
	8	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3		

Seg-ment	Nr.	Inhalt	Sta-tus	Darstel-lung	Inhalt / Bemerkung	Iteration
AUF		Segment Aufnahme	M	an3	AUF	1
	1	Aufnahmetag	M	an8	JJJJMMTT	
	2	Aufnahmeuhrzeit	M	an4	HHMM	
	3	Aufnahmegrund	M	an4	Schlüssel 1	
	4	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6	
	5	Voraussichtl. Dauer der KH–Behandlung	M	an8	JJJJMMTT	
	6	Arztnummer des einweisenden Arztes	K	an..9	KV- Nr. Arzt	
	7	IK des veranlassende Krankenhauses	K	an9		
	8	Veranlassende Stelle bei Notaufnahme	K	an..30	Klartext	
EAD		Segment Einweisungs- Aufnahmediagnose	M	an3	EAD	20
	1	Aufnahmediagnose	M	an..4	ICD- Schlüssel	
	2	Einweisungsdiagnose	K	an..4	ICD- Schlüssel	

Die obige Tabelle zeigt die Daten und Informationen der Aufnahmenachricht in der Form, wie sie von dem Krankenhaus an die Krankenkasse zu übermitteln sind. In der Spalte Status wird gekennzeichnet, ob es sich um ein „Mußfeld“ (M) oder ein „Kannfeld" (K) handelt. Hierbei ist eine Besonderheit zu beachten. In dem Segment „AUF“ sind die Felder 6 bis 8 (Arztnummer des einweisenden Arztes/IK- des veranlassenden Krankenhauses/Veranlassende Stelle bei Notaufnahme) als (K) Kannfelder deklariert. Dies bedeutet, daß nur bei Vorliegen der Information diese Felder übertragen werden. In der Beschreibung zur diesem Segment ist aber festgehalten, daß mindestens eines der Felder 6 bis 8 übermittelt werden muß. Insofern muß festgestellt werden, daß die Textierung der Vereinbarung zum Teil ungenau gefaßt worden ist.

In der Spalte Darstellungen gibt es vier unterschiedliche Möglichkeiten Feldart und Feldlänge zu bestimmen. Die Angaben sind wie folgt umzusetzen:

an3 alphanumerisch mit 3 Stellen fester Länge
an..12 alphanumerisch mit maximal 12 Stellen Länge
n10 numerisch mit 10 Stellen fester Länge
n..10 numerisch mit maximal 10 Stellen Länge

In der letzten Spalte sind Bemerkungen enthalten, insbesondere Darstellungsformen z. B. von Datumsfeldern bzw. der Hinweis, daß in diesem Feld ein entsprechender Schlüssel anzuwenden bzw. einzutragen ist. Auch die Form der Schlüsseldarstellung (Information Spalte „Darstellung“) ist zu beachten. Beispiel: ICD-9 Schlüssel 250.2 - Diabetes mellitus mit Koma - wird in Segment EAD Feld 1 = Aufnahmediagnose als „2502“ - Darstellungsform [an..4] - eingetragen. Es muß hier darauf hingewiesen werden, daß der ICD-9 in seiner amtlichen Fassung mehr als 4 Stellen beinhaltet, so daß nachfolgende Stellen abzuschneiden sind. Am Beispiel der Diagnose 250.- läßt sich dies einfach dokumentieren. Es heißt in der Anmerkung zu dieser Diagnose : „Falls gewünscht kann bei der Schlüssel-Nr. 250 in der 5. Stelle folgende Unterteilung benutzt werden: 0 = Beginn im Erwachsenenalter, 1 = juvenile Form, 9 = ohne Angabe, ob Beginn im Erwachsenenalter oder juvenile Form“ (ICD-9, S. 186). Die starre Begrenzung des Feldes für den Diagnoseschlüssel hat folgende Konsequenzen: 1. Eine Erweiterung des Schlüssels ist in der Zukunft nur durch eine Änderung der Vereinbarung, insbesondere des Satzaufbaues, möglich, 2. Die Information wird um die fünfte und jede weitere Stelle verkürzt. Diese Begrenzung für den Diagnoseschlüssel ist um so unverständlicher, als in der Vereinbarung nach § 301 Abs. 4 SGB V der Fachkliniken der Diagnoseschlüssel für den Bereich der RV-Träger 5-stellig zu übermitteln ist (vgl. ANL.3-01.DOC, S. 18-19). Dieses Problem wird in einem späteren Kapitel noch einmal eingehender diskutiert.

II.5.2. Schnittstelle zwischen der Datenbank des Krankenhauses und der Datenübermittlungsvereinbarung

Bei der Überprüfung der eigenen Datenbank ist es hilfreich, sich an dem Aufbau der zu übermittelnden Nachrichten zu orientieren. Insofern kann die obige Tabel-

le 4 mit einigen einfachen Erweiterungen als Prüf- und Kontrollinstrument für die eigene Datenbank bzw. Anwendung verwendet werden.

Tabelle 5: Gegenüberstellung Daten Aufnahmesatz zu Daten aus eigener Datenbank

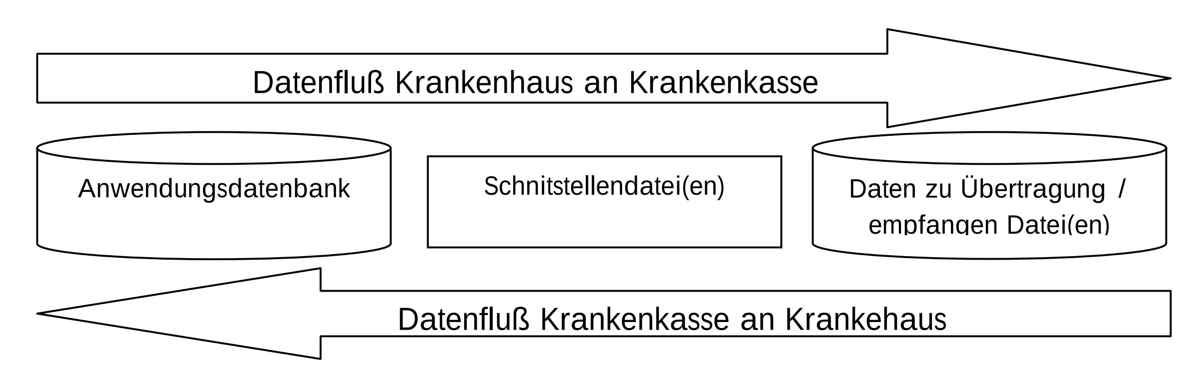
Daten und deren Struktur nach § 301 SGB V (Datenübermittlungsvereinbarung)					Daten aus eigener Anwendung			
Segment	Feld Nr.	Inhalt	Status	Darstellung	Datei Tabelle	Feld	NC	Länge
FKT		Segment Funktion	M	an3				
	1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2				
	2	Lfd. Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2				
	3	IK des Absender	M	an9	HAST	IKN	N	9
	4	IK des Empfängers	M	an9	KTR	IKN	N	9
INV		Segment Information Versicherter	M	an3				
	1	Krankenversicherten Nr.	K	an..12	KBV	KVNR	C	15
	2	Versichertenstatus	K	an5	KBV	STAT	C	5
	3	Gültigkeit Versichertenkarte	K	an4	KBV	BIS	C	6
	4	KH – internes Kennz. des Versicherten	M	an..15	PAT	PNR	N	8
	5	Fall Nr. der Krankenkasse	K	an..12	PAT			
	6	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	PAT	AKZ		
	7	Tag des Beginns des Versich. Schutzes	K	an8	PAT	VST		
NAD		Segment Name/Adresse	M	an3				
	1	Name des Versicherten	M	an..47	PAT	NAM	C	30
	2	Vorname des Versicherten	M	an..30	PAT	VNA	C	25
	3	Geburtsdatum des Versicherten	K	an8	PAT	GEB	N	8
	4	Straße und Hausnummer	K	an..30	PAT	STR	C	30
	5	Postleitzahl	K	an5	PAT	PLZ	N	8
	6	Wohnort	K	an..25	PAT	ORT	C	30
	7	Titel des Versicherten	K	an..17	KBV	TITEL	C	30
	8	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	PAT	PLA	C	3
AUF		Segment Aufnahme	M	an3				
	1	Aufnahmetag	M	an8	PAT	ADA	N	6
	2	Aufnahmeuhrzeit	M	an4	PAT	ATI	N	4
	3	Aufnahmegrund	M	an4	AUF	AGR	N	4
	4	Fachabteilung	M	an4	AUF	ABT	N	4
	5	Voraussichtl. Dauer der KH – Behandlung	M	an8	AUF	DAU	N	6
	6	Arztnummer des einweisenden Arztes	K	an..9	AUF	AAN	N	9
	7	IK des veranlassende Krankenhauses	K	an9	AUF	AIK	N	9
	8	Veranlassende Stelle bei Notaufnahme	K	an..30	AUF	ANO	C	30

Daten und deren Struktur nach § 301 SGB V (Datenübermittlungsvereinbarung)					Daten aus eigener Anwendung			
Segment	Feld Nr.	Inhalt	Status	Darstellung	Datei Tabelle	Feld	NC	Länge
EAD		Segment Einweisungs- Aufnahmediagnose	M	an3				
	1	Aufnahmediagnose ICD 9	M	an..4	AUF	AIC	C	6
	2	Einweisungsdiagnose ICD 10	K	an..4	AUF	EIC	C	6

Für alle übrigen Daten, die im Rahmen dieses Austausches zwischen Akutkrankenhäusern und Kostenträgern übertragen werden müssen, sei auf den Anhang 7 verwiesen. Hier ist eine vollständige Zusammenstellung aller Nachrichtentypen mit allen Datenfeldern aus der Vereinbarung abgedruckt. Für jede Nachrichtenart und jedes Feld ist eine Umsetzungen, wie in Tabelle 5 gezeigt, zu erstellen.

Entsprechend den Vorgaben in der Vereinbarung wurde nach der Analyse der eigenen Datenbank und der Gegenüberstellung mit den geforderten Feldern aus der Vereinbarung eine Schnittstelle entwickelt. Der Grund, für die Entwicklung einer standardisierten Schnittstelle ergibt sich daraus, daß zukünftige Änderungen sowohl auf der Seite der eigenen Datenbank – Anwendung in der Einrichtung – als auch im Rahmen der Datenübertragungsvereinbarung mittels einer solchen Schnittstelle schnell und sicher umgesetzt werden können. Um eine möglichst große Unabhängigkeit beider Systeme (intern/extern) voneinander zu erreichen, wird die Schnittstelle inkl. eines Datenkonverters zwischen die eigene Datenbank und die zu versendenden Datei(en) gestellt. Bei Änderungen ist dann jeweils nur die geänderte Seite und die Konvertierung der Daten in die Schnittstelle anzupassen, während die nicht geänderte Seite hiervon unberührt bleibt. Dies gilt natürlich nicht in den Fällen, in denen die Datenstruktur bzw. allgemein die Daten, die zu übertragen sind, geändert werden (Hinzufügen bzw. Herausnahme von Feldern/Segmenten). Die Arbeitsweise der Schnittstelle läßt sich an der folgenden Abbildung veranschaulichen.

Abbildung 3: Schnittstelle inkl. Datenkonverter



Für die Aufnahmenachricht läßt sich auf der Basis der Feldbeschreibung aus der Tabelle 5 die Schnittstellendatei ableiten. Die Feldreihenfolge ergibt sich aus der Vereinbarung, die Länge der einzelnen Felder entspricht der maximalen in der Vereinbarung zugelassenen Feldlänge, z. B. Feld 1 in dem NAD – Segment Name des Versicherten = an..47 (maximal 47 Zeichen alphanumerisch). Für jedes zu übermittelnde Segment wird in der Schnittstellendatei ein Datensatz erstellt. Die einzelnen Segmente in dieser Schnittstellendatei haben unterschiedliche Längen. Sofern das eigene System mit festen Satzlängen arbeitet, muß die Satzlänge der Schnittstellendatei die Satzlänge erhalten, die durch das längste Segment beschrieben wird. Ansonsten ist die Verwendung von variablen Satzlängen in der Schnittstellendatei möglich. Das Satzende ist mit einem „ **'** “ zu markieren (vgl. Vereinbarung). Im folgenden ist beispielhaft für eine Aufnahmenachricht eine Schnittstellendatei erstellt. Zur weiteren Veranschaulichung sind in der hier gewählten Darstellung die einzelnen Felder innerhalb der Segmente zusätzlich mit einem Trennzeichen - „ **|** “ – versehen, um auch leere Felder darstellen zu können. Zusätzlich wurden Leerzeichen durch einen „ **.** “ ersetzt; diese beiden Maßnahmen dienen lediglich der Veranschaulichung und sind in der Anwendung nicht erforderlich bzw. überflüssig.

Schnittstellendatei – Aufnahmenachricht

```
|FKT|10|01|260720158|970500016|'
|INV|1427199.....|10001|0504|90097000032....|...........|........|........|'
|NAD|Ritter......................................|Steffi....................
....|19680724|Sportweg.4..................|44139|Dortmund................|...
..............|D..|'
|AUF|19971128|1430|0101|0100|19971206|141516178|.........|.....................
.........|'
|EAD|5740|....|'
```

Dieses Beispiel zeigt, daß die Daten leicht aus der eigenen Anwendung übernommen werden können und daß keine Kenntnisse der EDIFACT–Vorschriften notwendig sind, um diese Schnittstellendatei zu erstellen. Weiter unten wird noch gezeigt, daß die Überschaubarkeit und Möglichkeit der Kontrolle der Schnittstellendatei deutlich höher ist als bei der Erstellung der geforderten Satzstrukturen in der an EDIFACT angelehnten Form. Dies ist möglich, weil für die Schnittstellendatei nur die reinen Nutzdaten übernommen werden und nicht die für die Übertragung notwendigen Steuerungszeichen (Feldtrennzeichen) und –daten (Steuerungssegmente wie z. B. UNA, UNB).

II.5.3. Verwendete Schlüssel und Schlüsselsysteme in der Datenübermittlungsvereinbarung

Neben der Analyse des Aufbaus und der Reihenfolge der zu übermittelnden Daten sind die vorgeschriebenen Schlüssel und Schlüsselsysteme von besonderer Bedeutung. Es ist nicht nur wichtig, daß die geforderten Informationen in der eigenen Datenbank vorhanden sind, sondern daß sie auch in der Art und Form vorliegen, wie sie die Vereinbarung beschreibt. Das Krankenhaus kann aus Gründen der besseren, insbesondere der strukturierten Information z. B. für die Operationsdaten einen eigenen krankenhausinternen Schlüssel verwenden (z. B. ICD-9 CM), muß aber im Rahmen der Datenübermittlung nach § 301 SGB V den

für die Operationen vorgeschriebenen Schlüssel ICPM / OPS-301 benutzen. Für den Fall des Einsatzes solcher interner Schlüssel muß eine Umsetzung in den amtlichen Schlüssel vor der Datenübermittlung erfolgen. Die derzeit vereinbarten Schlüssel gemäß Anlage 2 der Datenübermittlungsvereinbarung sind folgende:

Tabelle 6: vereinbarte Schlüssel

Nr.	Inhalt
1	Aufnahmegrund
2	Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme (KTL)
3	Einzelvergütung, Erläuterung
4	Entgeltarten
5	Entlassungsgrund
6	Fachabteilung
7	Internationales Länderkennzeichen
8	Merkmal Kostenübernahme
9	Verarbeitungskennzeichen
10	Prüfungsvermerk
11	Rechnungsart
12	Versicherungsstatus
13	Vorschläge zur weiteren Behandlung
14	Vorschlag für geeignete Einrichtung
15	Zuzahlungskennzeichen
16	Diagnose Lokalisation (2. Fortschreibung ab 1.7.2000)
17	Diagnose Qualifizierung (2. Fortschreibung ab 1.7.2000)
18	Fehlerkennzeichen

Zu den in der Tabelle 6 genannten Schlüsseln kommen die medizinischen Klassifikationssysteme – ICD–9 oder ICD–10, ICPM / OPS 301 – , die Fallpauschalen und Sonderentgelte nach Anlage 1 der BPflV sowie der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) noch hinzu.

Sofern in der Datenübermittlung Schlüssel verwendet werden müssen, ist es notwendig, daß Informationen, die in der eigenen Datenbank vorhanden sind, vor der Übermittlung an die Kostenträger in den jeweiligen Schlüsselbegriff konvertiert werden. Dies gilt in gleicher Weise für die Übernahme der Daten von den Kostenträgern; in diesem Fall müssen die vereinbarten Schlüssel in die Merkmale

in der eigenen Datenbank konvertiert werden. Diese Subroutinen sind sinnvollerweise bei der Erstellung der Schnittstellendatei direkt einzubinden.

Die meisten Schlüssel sind in den heutigen Krankenhausverwaltungssystemen hinterlegt und somit auch einfach abruf- und umsetzbar. Schwierigkeiten ergeben sich dagegen bei der Erstellung des Entgeltschlüssels, des wahrscheinlich am schwierigsten zu erstellenden Schlüssels in der vorliegenden Vereinbarung. Es handelt sich hier um einen zusammengesetzten Schlüssel, der entsprechend den Änderungen der Bundespflegesatzverordnung - Weiterentwicklung des Entgeltsystems - und der Gebührenordnungen (EBM) permanent weiterentwickelt wird und damit auch eine dauernde Anpassung der eigenen Datenbanken erfordert. Hierbei ist insbesondere auf inhaltlich bedingte Zusammenhänge innerhalb des Entgeltschlüssels zu achten, die im Einzelfall nicht nur die Anpassung / Erweiterung der Datenbank (Tabellen), sondern auch die Änderung von Programmen notwendig macht. Erschwerend kommt hinzu, daß die einzelnen Positionen dieses Schlüssels gemäß der Vereinbarung je nach Entgeltart unterschiedliche Informationen enthalten. Dies hätte man durch einen anderen Aufbau und eine andere Struktur des Schlüssel durchaus vermeiden können (vgl. Kapitel II.5.6 Änderungsvorschläge zur bestehenden Vereinbarung). Drei Beispiele sollen die Komplexität des Entgeltschlüssels verdeutlichen. (Anmerkung: Die Schlüssel beziehen sich auf die Vorgaben der Datenübermittlungsvereinbarung.)

Beispiel 1: Basispflegesatz oder Abteilungspflegesatz:

Stelle	1-2	01	Basispflegesatz
	3	0	Keine Fallpauschale / Sonderentgelt
	4–8	00001	Basispflegesatz vollstationär

oder

Stelle	1-2	01	Tagesgleicher Abteilungspflegesatz
	3	0	Keine Fallpauschale / Sonderentgelt
	4–8	10100	Abteilungspflegesatz Innere Abteilung wobei die Stellen 5-8 die Abteilung nach dem Schlüssel 6 darstellen

Beispiel 2: Fallpauschale Struma 2.01

Stelle	1–2	10	Fallpauschale
	3	1	Hauptabteilung
	4–8	02010	Fallpauschalen-Nr. aus Anlage 1 BPflV

Anmerkung zu den Beispielen 1 und 2: Eine mehr als 5-stellige Darstellung von Fallpauschalen und Sonderentgelten ist in der jetzigen Struktur des Schlüssels 8 Entgeltarten nicht mehr möglich.

Beispiel 3a: Fallpauschale nach § 16 Abs. 2 BPflV

Stelle	1-2	10	Fallpauschale
	3	1	Hauptabteilung
	4–5	40	Länderschlüssel (40, 50, 60 = Saarland)
	6–8	001	Fallpauschalen Nr. nach §16 Abs. 2 BPflV

Beispiel 3b: Fallpauschalen nach § 28 Abs. 3 BPflV

Stelle	1-2	51	Fallpauschale
	3		(0-6)
	4-5	10	Länderschlüssel Saarland
	6–8	001	(1 – 999) Fallpauschale

Anmerkung zu Beispiel 3a und b: Dieser Schlüsselaufbau des Entgeltschlüssels gilt in gleicher Weise auch für die Abrechnung von Modellvorhaben nach § 26 BPflV sowie bei der Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten nach § 28 Abs. 3 BPflV. Nicht zu verstehen ist allerdings, warum das Saarland einmal mit den Schlüsseln 40, 50 und 60 und bei der Abrechnung der Fallpauschalen nach

§ 28 Abs. 3 BPflV mit 10 verschlüsselt wird. Auch hier liegt eine vermeidbare Fehlerquelle, die nur durch einen erhöhten Kontroll- bzw. Programmieraufwand vermieden werden kann. Die oben dargestellten Beispiele zeigen, daß eine sehr intensive Kontrolle notwendig ist, um alle möglichen Kombinationen von Entgeltschlüsseln zu überprüfen. Es muß ausgeschlossen werden, daß nicht vereinbarte Schlüsselausprägungen für die Entgelte bei der Abrechnung der Krankenhausleistungen in dem eigenen System entstehen können. Diese Kontrollen sind in einem abschließenden Prüfprogramm nach Erstellung der Abrechnungsdaten zusammenzufassen. Nur so wird verhindert, daß bei fehlerhaften Schlüsselkombinationen 1. die Abrechnung von den Kostenträgern zurückgewiesen und 2. der Zahlungsfluß an das Krankenhaus verzögert wird, und damit gleichzeitig ein Liquiditätsverlust für das Krankenhaus entsteht.

II.5.4. Informationsstrukturdaten der Krankenkassen, Datenschutz und externe Beziehungen und deren Auswirkung auf die Organisation des Krankenhauses

Abgesehen von den Bestimmungen aus der Datenübermittlungsvereinbarung nach §301 SGB V, die sich direkt auf die Ablauforganisation des Krankenhauses auswirken, müssen auch Organisationsstrukturen der Kostenträger und ihrer Verbände in bezug auf die Datenkommunikation sowie der Datenschutz der personenbezogenen Daten (Sozialdaten) beachtet werden.

Nach wie vor besitzt die Einhaltung des Datenschutzes hohe Priorität. Dies gilt insbesondere immer dann, wenn es sich wie in diesem Fall um Sozialdaten handelt. In §35 SGB I heißt es in Abs. 1 Satz 2: *„Die Wahrung des Sozialgeheimnisses umfaßt die Verpflichtung, auch innerhalb des Leistungsträgers sicherzustel-*

len, daß die Sozialdaten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden.“ Um einen größtmöglichen Schutz und Sicherheit der Daten zu gewährleisten, die im Rahmen dieser gesetzlichen Vorschrift zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern maschinell ausgetauscht werden, ist es notwendig, daß alle Daten, sobald sie die Einrichtung oder die Kostenträger verlassen, so verschlüsselt werden, daß Unbefugte die Daten nicht mehr entschlüsseln können. Die Grundlagen zur Verschlüsselung finden sich in der Anlage 4 der Vereinbarung. In dieser Anlage und in deren Anhang sind die technischen und organisatorischen Bestimmungen festgehalten, die die Krankenhäuser und Kostenträger bei der Verschlüsselung einhalten müssen.

Hier sollen nur zwei Punkte dargestellt werden, die sich auf die interne Organisation des Krankenhauses bis hin zu Änderungen in dem eigenen Anwendungssystem bzw. der eigenen Datenbank auswirken. Es handelt sich dabei um die Verschlüsselung der Daten und die Routing Informationen, die den Weg (Routing) der Daten vom Leistungserbringer zu den Kostenträgern beschreiben.

1. Verschlüsselung

Die Verschlüsselung der zu übertragenden Informationen ist aus Gründen des Datenschutzes notwendig. Als Verschlüsselungsverfahren wurde ein asymmetrisches Verfahren und zwar das RSA/DES (vgl. Beutelspacher, 1995, S. 10 ff) Verfahren festgelegt. Dieses asymmetrische Verschlüsselungsverfahrens basiert darauf, daß Sender und Empfänger jeweils über einen öffentlichen Schlüssel (Public Key) und über einen privaten Schlüssel (Private Key) verfügen. Dadurch soll sichergestellt werden, daß Daten und Informationen von einem Sender A, die für einen Empfänger B bestimmt sind, so verschlüsselt werden, daß nur der Empfänger B die Daten wieder entschlüsseln kann. Um ein solches Verfahren durchführen zu können, muß organisiert sein, daß die Public Keys der betreffenden Teilneh-

mer – Krankenhäuser und Kostenträger – geprüft, zertifiziert und öffentlich zugänglich gemacht werden. Hierzu ist von der Krankenhausseite und der Kostenträgerseite jeweils ein Trust–Center gegründet worden. Auch für die Kommunikation zwischen den Trust-Centern sind umfangreiche Abstimmungen notwendig, damit der Schlüsselaustausch der öffentlichen Schlüssel reibungslos funktionieren kann (Rickelt, 1997, S. 133 – 162).

Allgemein bedeutet dies für das einzelne Krankenhaus, daß die Daten, die für einen Kostenträger/Krankenkasse bestimmt sind, mit dem jeweiligen Public Key dieser Krankenkasse verschlüsselt werden. Bei einer reibungslosen Kommunikation zwischen den Trust-Centern können die Teilnehmer des Verfahrens jeweils die öffentlichen Schlüssel der Partner jederzeit von dem entsprechenden Trust–Center abrufen.

Die heterogene Struktur und Arbeitsweise der Krankenkassen, das heißt einerseits deren interne Organisationsstruktur sowie andererseits der von den Krankenkassen entwickelte Aufbau der Krankenversichertenkarte nach § 291 SGB V bedingen es, daß sich die Krankenhäuser sehr intensiv mit der Organisation des Informationsflusses von der eigenen Einrichtung zur jeweiligen Krankenkassen vertraut machen müssen. Je nach Zugehörigkeit einer Krankenkasse zu einem Bundesverband und/oder Bundesland – Bundesverband der AOK´en - ist ein bestimmter Weg für die Datenübertragung zu wählen. Diese unterschiedlichen Wege der Datenübermittlung wurde von den Kostenträgern allen Leistungserbringern – auch für die Verfahren nach § 301 Abs. 4 SGB V sowie § 302 SGB V - vorgegeben. Hierzu wurden von den Kostenträgern die Informationsstrukturdaten entwickelt (Anm. Der Begriff Informationsstrukturdaten wird in dem folgenden Kapitel näher erläutert). Diese Informationsstrukturdaten sind nicht Bestandteil der Vereinbarung aber zwingende Voraussetzung für das Funktionieren des Datenaustausches. Hierbei

muß im laufenden Betrieb auch berücksichtigt werden, daß diese Wege jederzeit und ohne Vorankündigung seitens der Kostenträger geändert werden können. Die Änderung der Informationsstrukturdaten der Kostenträger ist durch die Krankenhäuser insofern permanent zu kontrollieren, damit der richtige Übertragungsweg eingehalten wird.

Die Krankenkassen haben sich für die Datenübermittlung der Leistungsdaten zu folgenden Gruppen zusammengeschlossen (Stand 31.12.1997):

1. Bundesverband der AOK´en, Datenannahme über die einzelnen DAV der AOK
2. Bundesverband der Betriebskrankenkassen und Seekrankenkassen, Datenannahme über den Bundesverband der BKK
3. VDAK – Annahme der Daten über die Firma debis

3.1. BEK – Barmer Ersatzkasse

3.2. DAK – Deutsche Angestellten Krankenkasse

3.3. TK – Techniker Krankenkasse

3.4. KKH – Kaufmännische Krankenkasse Hannover

3.5. GEK – Schwäbisch Gemündner Ersatzkasse

3.6. HEK – Hanseatische Krankenkasse

3.7. VDAK – Vorprüfstelle für die Krankenkassen: HaMü – Hamburg-Münchner Ersatzkasse, hkk -Handelskrankenkasse, GKK – Gärtner-Krankenkasse, HZK –Krankenkasse für Bau-,Holz- und andere Berufe, N-EK – Neptun-Ersatzkasse, BK – Buchdrucker-Krankenkasse, KEH – Krankenkasse Eintracht, BRÜHLER

4. Kooperation IKK, LKK, Bundesknappschaft (Datenannahme über Firma debis)

4.1. IKK Bundesverband – Innungskrankenkassen

4.2. LKK Nord – Landwirtschaftliche Krankenkassen

4.3. LKK Süd – Landwirtschaftliche Krankenkassen

4.4. Bundesknappschaft

Ob die Zusammensetzung der Gruppen so bleibt, wie oben beschrieben, ist nicht sicher. In der Vergangenheit hatten auch die BKK sowie die LKK und die Bundesknappschaft eine Datenübertragung über das Netz von der Firma debis vorgesehen.

2. Informationsstrukturdaten – Routing Informationen

Die Informationsstrukturdaten der Kostenträger sind ein zentraler Bestandteil für das reibungslose Funktionieren des Datenaustausches zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern. Sie beinhalten die Wegbeschreibungen (Routing Informationen) der Daten von dem einzelnen Krankenhaus zu dem jeweiligen Kostenträger und zurück. In Anlage 4 zur Vereinbarung heißt es hierzu:

„8.2 Kostenträgerdaten
Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich auf ein einheitliches Format geeinigt, in dem sie die kassenartenbezogenen Kostenträgerdaten an die Deutsche Krankenhausgesellschaft übermitteln.
Die Datei enthält neben den Institutionskennzeichen der Krankenversichertenkarte Informationen über die Datenannahme- und –verteilstellen der Krankenkassen und über die Weiterleitung von Papierunterlagen. Die erste Version ist für Ende Juni 1996 angekündigt“ (vgl. Rickelt, 1997, S.147).

An dieser Stelle ist es notwendig, auf die Verwendung des Institutionskennzeichens (IK) innerhalb des Datenaustausches zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen einzugehen. Jedem Kostenträger, jedem Krankenhaus (Leistungserbringer) sowie den Datenannahmestellen sind ein oder mehrere IK zugeteilt. Dieses IK ist eine eindeutige Adresse, die den jeweiligen Partner beschreibt (Name, Anschrift, Bankverbindung etc.). Die IK werden zentral von der „Sammel- und Verteilstelle IK (SVI) der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen“ in St. Augustin vergeben und verwaltet. Somit dient die IK der eindeutigen Identifizierung des Kommunikationspartners, und mit Hilfe der Informationsstrukturdaten der Kostenträger kann der Weg der Daten von Leistungserbringer zu dem Kostenträger und umgekehrt beschrieben werden.

Wie schon erwähnt, können die Krankenkassen mehrere IK erhalten. Die unterschiedlichen IK werden innerhalb der Kostenträger zu verschiedenen Organisationszwecken verwendet, so z. B. zur Regionalisierung der Einzelkassen/Geschäftsstellen oder der Mitgliederbestände bei großen Krankenkassen. Die Beispiele, die in der nachfolgenden Tabelle genannt sind, veranschaulichen dies. Hierzu muß angemerkt werden, daß die Daten für den Bereich der AOK für ein Krankenhaus gelten, das in Rheinland-Pfalz liegt. Insgesamt sind für die vollständige Wegbeschreibung der Daten von dem Krankenhaus/Leistungserbringer zum Kostenträger und zurück 4 IK notwendig, und zwar in folgender Reihenfolge:

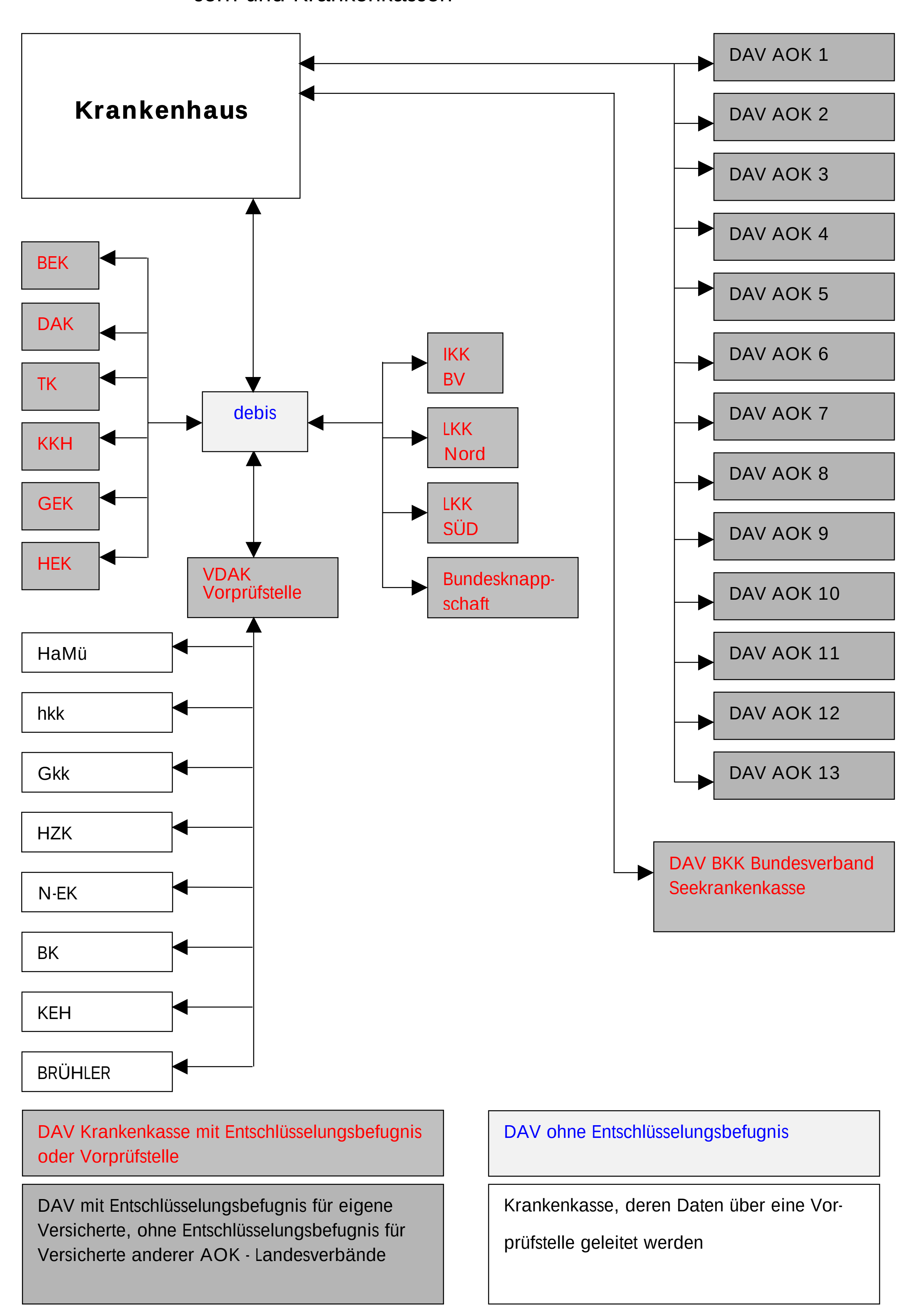
IK Versichertenkarte
IK Krankenkasse/Kostenträger
IK Datenannahmestelle ohne Entschlüsselungsbefugnis
IK Datenannahmestelle mit Entschlüsselungsbefugnis (Public Key)

Tabelle 7: Informationsstrukturdaten Beispiele – gültig für Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz
Anmerkung: Der Datenfluß für den Bereich der Patienten der AOK ist für jedes Bundesland unterschiedlich

IK Karte	Name	IK Kostenträger	Name	IK-DAV	Name	IK-Publik-Key	Name
105213064	AOK Bensheim	105313145	AOK Frankfurt Main	107310373	AOK RZ Koblenz	105810615	AOK RZ Schwalmstadt
105213097	AOK Darmstadt	105313145	AOK Frankfurt Main	107310373	AOK RZ Koblenz	105810615	AOK RZ Schwalmstadt
100180008	Barmer	104940005	Barmer	109989162	Debis Systemhaus	104940005	Barmer
100580002	Barmer	104940005	Barmer	109989162	Debis Systemhaus	104940005	Barmer
108405006	Bundesknappschaft Bayern	108405006	Bundesknappschaft Bayern	109989162	Debis Systemhaus	109905003	Bundesknappschft HV-DAV
106505003	Bundesknappschaft Trier	106505003	Bundesknappschaft Trier	109989162	Debis Systemhaus	109905003	Bundesknappschft HV-DAV
100169991	Hamburg Münchner Ersatzkasse	101568008	Hamburg Münchner Ersatzkasse	109989162	Debis Systemhaus	109979978	VDAK/AEV – Vorprüf-stelle
100569995	Hamburg Münchner Ersatzkasse	101568008	Hamburg Münchner Ersatzkasse	109989162	Debis Systemhaus	109979978	VDAK/AEV – Vorprüf-stelle
102108731	Hannoversche LKK	102108731	Hannoversche LKK	109989162	Debis Systemhaus	102109128	DAV Nord
104208769	Rheinische LKK	104208769	Rheinische LKK	109989162	Debis Systemhaus	102109128	DAV Nord

Die Krankenversichertenkarte eines Patienten wird bei der Aufnahme gelesen. Dabei wird die erste der benötigten 4 IK ermittelt. Die weiteren IK-Nummern, die für den richtigen Datenfluß von der Einrichtung zu den Kostenträgern notwendig sind, müssen in dem eigenen Datenbanksystem vorgehalten und, sofern die Kostenträger Änderungen vornehmen, aktualisiert werden. Um die Aktualisierung einheitlich zu gewährleisten, stellen die Kostenträger der DKG die Änderungen in einem festen Format zur Verfügung. Diese Daten werden dann in ein von der DKG entwickeltes Programm übernommen, aus dem das Krankenhaus als Leistungserbringer die Daten für seine Region herauslesen kann, wobei wegen der besonderen Konstruktion der AOK und LKK die länderspezifischen Daten des Leistungserbringers berücksichtigt werden müssen. Die Struktur der Daten entspricht der oben gezeigten Tabelle. Mit diesen Informationen ist es dem Krankenhaus möglich, die für die Datenübertragung notwendigen Routing Informationen in das eigene Datenbanksystem zu übernehmen. Diese Routing Informationen beschreiben die allgemeinen Kommunikationsbeziehungen zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen aus der Sicht der Krankenhäuser. In der folgenden Abbildung sind diese Kommunikationsbeziehungen schematisch dargestellt.

Abbildung 4: Allgemeine Kommunikationsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen



Das oben abgebildete Schema zeigt, daß die Krankenkassen innerhalb ihrer Verbände unterschiedliche Strukturen aufgebaut haben, um den Datenaustausch zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern sicherzustellen. Diese unterschiedliche Struktur des Datentransportes und der Datenkommunikation bedeutet für die Leistungserbringer einen erhöhten Aufwand. Das gilt zum einen für die physische Datenübertragung und zum anderen auch für die Ver- und Entschlüsselung. Die grundlegenden Unterschiede seien hier kurz skizziert.

Die 16 Landesverbände der AOK unterhalten bundesweit insgesamt 13 Rechenzentren. Diese Rechenzentren stehen den Krankenhäusern für die Versicherten der AOK als Datenannahme- und Verteilstellen (DAV) zur Verfügung. Die einzelne DAV ist allerdings nur dann für die Entschlüsselung der Daten befugt, wenn der versicherte Patient aus dem jeweiligen Bezirk der AOK stammt, der das Rechenzentrum zugeordnet ist: z. B. Patient Versicherter der AOK – Saar, → Lieferung der Daten an die DAV AOK - Saar. In diesem Fall ist die DAV AOK Saar für die Daten dieses Patienten annehmende Stelle und gleichzeitig auch zur Entschlüsselung der Daten befugt. Wird derselbe Patient in einem Krankenhaus in Hessen behandelt und die Daten von dem Krankenhaus an die DAV AOK - Hessen gesandt, so darf die DAV AOK – Hessen die Daten zwar annehmen, muß diese aber an die DAV AOK – Saar weiterleiten. Eine Entschlüsselung kann von der DAV AOK – Hessen nicht vorgenommen werden, da der Public Key, mit dem die Daten ursprünglich verschlüsselt wurden, von der AOK – Saar stammt.

Die Ersatzkassen sowie die Bundesverbände der Innungskrankenkassen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Bundesknappschaft haben für ihren Bereich einen Vertrag mit der Firma debis als Netzprovider abgeschlossen. Die Firma debis erbringt für diese Krankenkassen die Leistungen einer Datenannahmestelle ohne Entschlüsselungsbefugnis und leitet die einzelnen Datenpakete an

die Rechenzentren der jeweiligen Krankenkassen weiter. Dies erleichtert den Krankenhäusern die Datenübermittlung insoweit, als für die Annahme der Daten nur noch ein Stelle zuständig ist, unabhängig aus welcher Region der Patient kommt. Innerhalb des Ersatzkassenbereiches sind zwei Gruppen von Krankenkassen zu unterscheiden,

1. die Krankenkassen, die die Daten selbst verarbeiten (z. B. BEK, DAK etc.), und
2. Krankenkassen, die die Daten in der Vorprüfstelle des VDAK entschlüsseln und vorprüfen lassen (z. B. HaMü, hkk etc.).

Für die Leistungserbringer bedeutet dies, daß sie diese unterschiedlichen Strukturen der Datenwege zu den Kostenträgern ebenfalls in ihrer eigenen Datenbank nachvollziehen müssen. Daher ist die von der DKG erstellte Datei über die Wegbeschreibungen hilfreich, denn sie ermöglicht dem einzelnen Krankenhaus über eine einzige zusätzliche Datei/Tabelle in der eigenen Datenbank, die jeweils richtige Wegbeschreibung für jeden einzelnen Patienten zu finden. Diese Datei wird immer wieder in der jeweils aktuellen Form den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt.

II.5.5. Datenübertragungsverfahren und Ablauforganisation

Sind alle Überprüfungen der erforderlichen Daten und Informationen erfolgreich abgeschlossen und sind die Informationen der Informationsstrukturdaten der Kostenträger in das eigene EDV-System eingebunden, ist als nächster Arbeitsschritt die Auswahl der Übertragungssoftware und des Übertragungsprotokolls wichtig. Darüber hinaus ist die Frage zu klären, ob das Krankenhaus sich eines Netzproviders bedienen will, so wie es die Ersatzkassen getan haben.

Je nach eingesetzter Software sind die Daten des Krankenhauses unterschiedlich aufzubereiten. Nach entsprechenden Tests wurde in dem hier zugrunde liegenden Fall für die Akutkrankenhäuser die Software EDIalog 301 mit der Firma IBM erarbeitet. Die gemeinsam auf der Basis der Datenübermittlungsvereinbarung erstellte Übertragungssoftware benötigt die Daten in Form einer Exportschnittstelle (Schnittstellendatei(en) –Senden- <-> Schnittstelle / Datenkonverter <-> -Empfangen-Importschnittstelle Schnittstellendatei(en)), so daß eine Umsetzung der Daten in die geforderte Struktur in Anlehnung an EDIFACT nicht mehr von der eigenen Software geleistet werden muß, was den Anpassungsaufwand der eigenen Software – auch zukünftig – deutlich minimiert. Da die Schnittstelle in der so entwikkelten Software in einer klaren Datenbankstruktur (je Nachrichtenart / Segment eine Datei) vorliegt, können die erforderlichen Daten aus der eigenen Anwendungsdatenbank leicht herausgelesen werden und der Export- / Importschnittstelle zur Verfügung gestellt werden (vgl. Abbildung 3). Weitere Umsetzungen der Daten sind in diesem Falle nicht notwendig. Dies ist auch für die künftige Entwicklung von Bedeutung, da bei Änderungen lediglich die Schnittstelle bedient werden muß und keine weitere Umsetzung der Daten in der eigenen Software erforderlich ist. Arbeiten an der eigenen Software sind allerdings immer dann notwendig, wenn sich grundlegenden Strukturen, wie z. B. der Schlüsselaufbau des Entgeltartenschlüssels verändern.

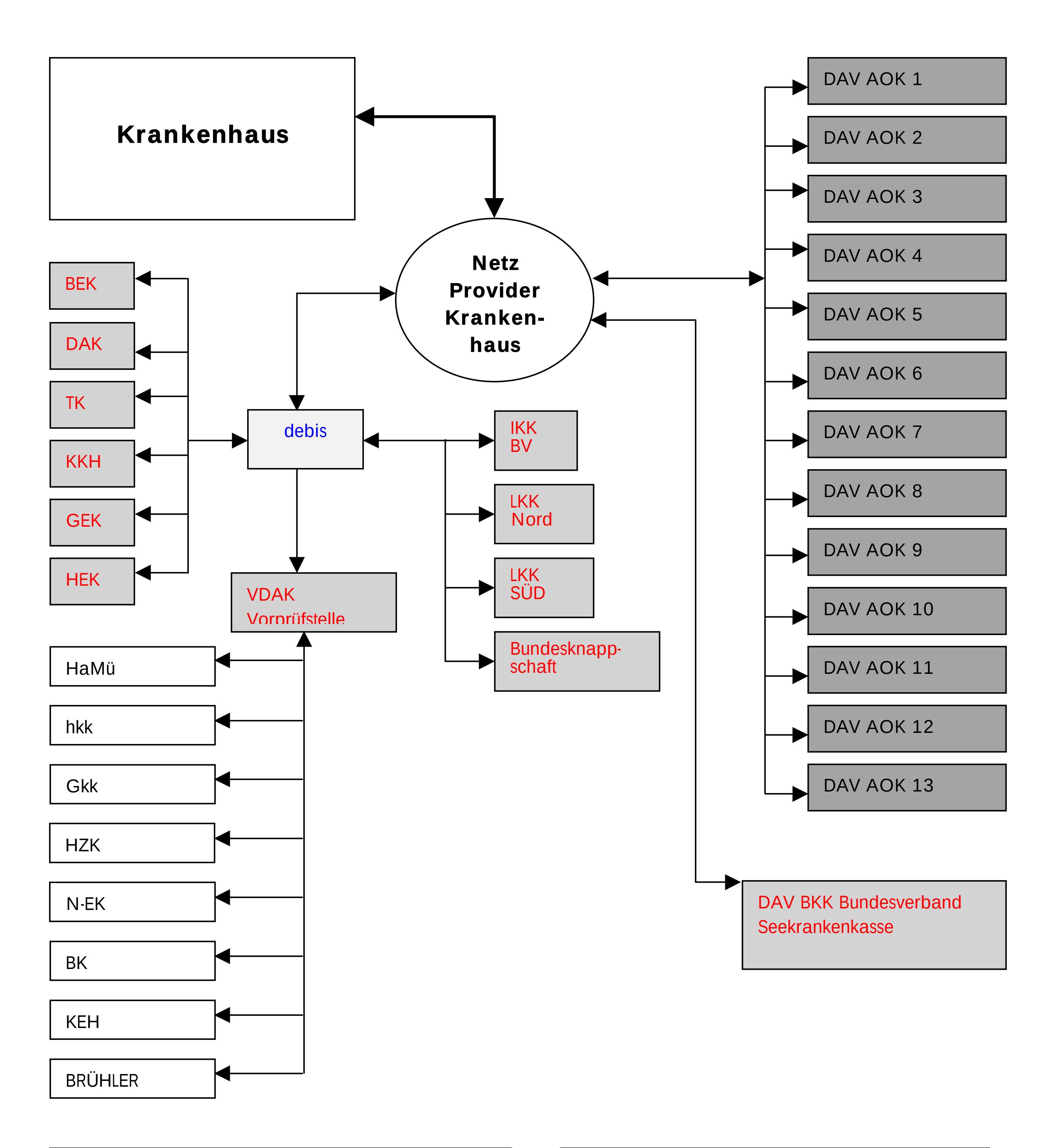
Neben der Auswahl der einzusetzenden Übertragungssoftware ist zu entscheiden, ob das Krankenhaus sich um die Datenübertragung an jeden einzelnen Kostenträger selbst kümmern muß, oder ob es diese Arbeit einem Netzprovider übertragen will. Die Übertragung der Datenkommunikation an einen Netzprovider hat für das Krankenhaus folgenden Vorteile:

1. Das Krankenhaus muß nur mit einem Kommunikationspartner direkt Daten austauschen.
2. Die Verfügbarkeit des Netzes zur Übertragung der Daten ist normalerweise bei einem Netzprovider 24 Stunden am Tag gewährleistet.
   Eine Abstimmung mit den Kostenträgern, zu welchem Zeitpunkt Daten gesendet oder empfangen werden können, muß nicht stattfinden, da dies durch den Netzprovider automatisch geregelt wird. Somit ist das Krankenhaus frei in seiner Planung, wann es die Daten versendet bzw. empfängt. Daß eine Abstimmung über die physische Datenübermittlung notwendig ist, zeigen die Statusblätter, die von dem VDAK stellvertretend für alle Krankenkassen an die Krankenhäuser versandt wurden. Diese Statusblätter dienen dazu, von den Krankenhäusern Informationen über den geplanten Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu erfragen, wann und mit welchem Medium (Analog – Modem, ISDN, Netzprovider, in Ausnahmefällen Diskettentransfer) das einzelne Krankenhaus die Daten an die Krankenkassen übermitteln will. Hierbei ist für die Krankenhäuser der Hinweis wichtig, daß die Datenannahmestellen der Krankenkassen nicht täglich 24 Stunden zur Datenannahme zur Verfügung stehen.
3. Die nach der Datenübermittlungsvereinbarung erforderliche Protokollierung des Datenaustausches wird von dem Netzprovider übernommen. Die Ergebnisse dieser Protokollierung sind lediglich in die eigene Datenbank zur Archivierung übernommen.

Die folgende Abbildung zeigt die Kommunikationsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Kostenträgern unter Einschaltung eines Netzproviders. Gegenüber der Abbildung 4 läßt sich leicht feststellen, daß das Krankenhaus nur noch eine physische Kommunikationsbeziehung nach außen zu bedienen hat. Dies gilt auch dann, wenn die Strukturen der Kommunikationsbeziehungen sich auf der Seite

der Kostenträger ändern. Z. B. hatte der Bundesverband der Betriebskrankenkassen ursprünglich geplant, die Daten auch über die Firma debis als Datenannahmestelle ohne Entschlüsselungsbefugnis anzunehmen; diese Entscheidung wurde von dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen revidiert und die Daten sind nunmehr direkt an das Rechenzentrum des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen zu liefern.

Abbildung 5: Allgemeine Kommunikationsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen unter Einschaltung eines Netzproviders auf der Krankenhausseite



Ein wichtiger Bestandteil der Vereinbarung sind die Bestimmungen über die Dokumentation des Datenaustausches. Diese sind in der Anlage 4 zur Vereinbarung unter Ziffer 4.2.4 Dokumentation geregelt. Es heißt hierzu: (vgl. Rickelt, 1997, S 137)

4.2.4 Dokumentation

Für die Datenübermittlung ist eine Dokumentation zu führen. Sie ist bis zum Abschluß des jeweiligen Vorgangs (Bezahlung der Schlußrechnung) vorzuhalten. Die Dokumentation muß die folgenden Mindestinhalte umfassen:

- *Inhalt der Datenübermittlung (Dateiname)*
- *Laufende Nummer der Datenübermittlung*
- *Eindeutige Bezeichnung der Kommunikationspartner*
- *Beginn und Ende der Datenübermittlung*
- *Übermittlungsmedium*
- *Dateigröße*
- *Verarbeitungshinweise:*
  - *Senden/Empfangen*
  - *Verarbeitungskennzeichen (fehlerhaft/fehlerfrei)*
  - *Wenn fehlerhaft: Fehlerstatus aus Übertragungsprogramm*

Die hier beschriebene Dokumentation des Datenaustausches beschreibt nur das geforderte Minimum der Dokumentation des Datenaustausches. Sie berücksichtigt nicht, daß die Nachrichten für einen Patienten (Aufnahme (S), Kostenzusage (E), Entlassung (S), Rechnung (S), Zahlungsmitteilung (E)) zum einen zu unterschiedlichen Zeitpunkten anfallen und somit auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten gesendet (S) bzw. empfangen (E) werden, zum anderen wird nicht für jede einzelne Nachricht eines Patienten das Übertragungsverfahren aufgerufen, sondern es werden z.B. alle Nachrichtenarten für eine Krankenkasse von einem Tag zusammengefaßt und in einer Übertragung an die Kostenträger gesendet. In der gleichen Weise werden auch die Daten von den Kostenträgern an die Krankenhäuser übertragen. Insofern kann aus der in der Vereinbarung geforderten Dokumentation des Nachrichtenaustausches nicht auf den Status der Nachrichten des einzelnen Patienten geschlossen werden. Um das Datenaustauschverfahren für den

einzelnen Patienten kontrollieren zu können – insbesondere Rechnungen und Zahlungen -, ist eine erweiterte, auf den einzelnen Patienten bezogene Dokumentation des Datenaustausches notwendig. Diese ausführliche Dokumentation auf der Ebene der Einzelnachricht je Patient wurde bei der Entwicklung der Software für den Datenaustausch mit der Firma IBM entsprechend umgesetzt. Somit ist die exakte Rekonstruktion der gesamten Datenübermittlung (Senden und Empfangen) auf der Ebene eines Falles/Patienten möglich. Der Datenaufbau des vereinbarten Quittungssatzes in der Anwendungssoftware auf der Krankenhausseite ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 8: Beschreibung Quittung der Datenübertragung

Position	Länge	Inhalt	Bedeutung
1	1	S/E	Senden/Empfangen
3	14	Erstellungsdatum	aus Auftragssatz Stelle 116 – 129
18	5	Verfahrenskennung	aus Auftragssatz Stelle 20 – 24
23	3	Transfer Nummer	aus Auftragssatz Stelle 25 – 27
27	12	Dateiname	aus Auftragssatz Stelle 105 – 115
40	9	IK-Nummer physikalischer Absender	aus Auftragssatz Stelle 48 – 62
49	9	IK-Nummer Absender Eigner	aus Auftragssatz Stelle 33 – 47
58	9	IK-Nummer physikalischer Empfänger	aus Auftragssatz Stelle 79 – 92
67	9	IK-Nummer Empfänger Nutzer	aus Auftragssatz Stelle 63 – 77
77	14	Datenaustausch – Referenz	aus UNB
91	14	Nachrichten – Referenznummer	aus UNH
105	6	Nachrichten – Kennung	aus UNH: z. B. AUFN,ENTL,AMBO....
112	2	Verarbeitungszeichen	aus FKT
114	2	Lfd. Nr. des Geschäftsvorfalles	aus FKT
116	9	IK des Absender	aus FKT
125	9	IK Empfänger	aus FKT
135	12	Krankenversichertenkarten Nr.	aus INV
147	5	Versichertenstatus	aus INV
152	4	Gültigkeit der Versichertenkarte	aus INV
156	15	KH-internes Kennzeichen des Patienten	aus INV
171	12	Fall Nr. der Krankenkasse	aus INV
183	8	Aktenzeichen der Krankenkasse	aus INV
191	8	Tag des Beginns des Versichertenschutzes	aus INV
200	8	Status	durch Quittungssatz IBM-DAV
209	14	Datum Zeit des letzten Ereignisses	durch Quittungssatz IBM-DAV
224		Archivnummer aus Kurzzeitarchiv	Archivnummer des Containers, in den

(vgl. Benutzerhandbuch zu EDIalog 301, Version 2.0, Ergänzung S. 10 ff)

Die oben beschriebenen Informationen werden, nachdem sie durch den Netzprovider zur Verfügung gestellt worden sind, in der eigenen Anwendung den einzel-

nen Nachrichten der Patienten zugeordnet. Durch dieses Verfahren ist eine laufende Kontrolle der Datenübertragung auf der Ebene des einzelnen Patienten jederzeit möglich und nachvollziehbar wie es das untenstehende Beispiel zeigt.

Für einen Patienten mit den Nachrichten Aufnahme (AUFN), Kostenübernahme (KOUB), Entlassung (ENTL), Rechnung (RECH) und Zahlungsmitteilung (ZAHL) sieht das Protokoll der Datenübertragung wie folgt aus:

Tabelle 9: Beispiel: Protokoll der Datenübertragung für einen Patienten (Echtbetrieb)

S=Senden / E=Empfangen	S	E	S	S	E
Erst. Datum	1998-10-13	1998-10-15	1998-10-16	1998-10-22	1998-10-24
Erst. Zeit	14-19-00	20-20-45	16-24-39	08-37-54	03-11-09
Verfahren Kennung	EKRH0	EKRH0	EKRH0	EKRH0	EKRH0
Transfer Nr.	48	33	49	53	37
Dateiname	KRH00049	KRH19981015	KRH00050	KRH00054	KRH19981024
IK Absender physikalisch	660.200.046	109.989.162	660.200.046	660.200.046	109.989.162
IK Absender Eigner	260.720.158	102.171.012	260.720.158	260.720.158	102.171.012
IK Empfänger physikalisch	109.989.162	660.200.046	109.989.162	109.989.162	660.200.046
IK Empfänger Nutzer	102.171.012	260.720.158	102.171.012	102.171.012	260.720.158
Datenaustauschreferenz UNB	64	40	65	69	44
Nachrichten Referenz UNH	2	2	4	5	5
Nachrichten Kennung	AUFN	KOUB	ENTL	RECH	ZAHL
Verarbeitungskennzeichen (FKT)	10	10	10	10	10
lfd. Nr. des Geschäftsvorfalles	1	1	1	1	1
IK Absender (FKT)	260.720.158	106.575.509	260.720.158	260.720.158	106.575.509
IK Empfänger (FKT)	106.575.509	260.720.158	106.575.509	106.575.509	260.720.158
Krankenvers. Nr.		12.345.678	12.345.678	12.345.678	12.345.678
Versichertenstatus		50001	50001	50001	50001
Gültigkeit Karte		0003	0003	0003	0003
KH internes Kennz. Patient	XYJJNNNNN	XYJJNNNNN	XYJJNNNNN	XYJJNNNNN	XYJJNNNNN
Fall Nr. Krankenkasse					
Aktenzeichen Krankenkasse					
Tag Beginn Versicherten-schutzes					
Status Quittung IBM	SENT0000		0IEOFSOK	SENT0000	
Datum letztes Ereignis	1998-10-13		1998-10-16	1998-10-22	

S=Senden / E=Empfangen	S	E	S	S	E
Zeit letztes Ereignis	14-46-30		18-00-09	08-40-42	
Archivnummer aus Kurzzeitarchiv	A0000449 J	xxxxxxxx J	A0000455 J	A0000463 J	Xxxxxxxx J

Das hier dargestellte Protokoll über den Datenaustausch eines Patienten zeigt, daß Fragen zum Datenaustausch jederzeit beantwortet werden können, insbesondere Fragen zur erfolgreichen Übertragung der Daten. Wird eine solches Protokoll nicht auf der Ebene eines Patienten geführt, sondern lediglich die Dokumentation wie sie in der Vereinbarung gefordert wird, so ist der Einzelfall nur sehr schwer nachvollziehbar, da aus den Archivdateien der Übertragung jeweils die Patienten mit ihren Nachrichtenarten zusammengesucht werden müßten. Für eine Rückfrage bei einem Kostenträger müssen die folgenden Informationen vorliegen sein:

Datum, Uhrzeit der Erstellung der Datei
Datum, Uhrzeit der Übertragung
Verfahrenskennung
Transfer Nr.
Dateiname
IK_Eigner
IK-Absender physikalisch
IK-Empfänger physikalisch
IK-Nutzer
Status der Übertragung (fehlerhaft / fehlerfrei)

Diese Fragen lassen sich aus der Protokolldatei, die auf der entwickelten Quittung der Datenübertragung fußt, leicht beantworten. Steht aber nur die Dokumentation nach Ziffer 4.2.4 der Vereinbarung zur Verfügung, erfordert das umfangreiche Sucharbeiten in dem Archiv der Datenübertragung und dem eigenen System.

Nach der Auswahl der Übertragungssoftware, des Übertragungsprotokolls und des Übertragungsweges ist der zeitliche Ablauf in dem eigenen System festzulegen, nach dem die einzelnen Meldungen an die Kostenträger übermittelt werden sollen. In diesem Zusammenhang ist es für die tägliche Routine wichtig, daß die Nachrichten während der normalen Arbeit automatisch aufgebaut werden. Danach können mit einem Programmaufruf alle anstehenden Nachrichten je Kostenträger zusammengefaßt und versandt werden. Die ankommenden Meldungen werden nach Übernahme auf das eigene System über die Schnittstelle in die Datenbankstruktur umgewandelt und entsprechend verarbeitet.

Zu berücksichtigen ist an dieser Stelle auch, daß nicht für alle Patienten Nachrichten erstellt werden müssen. Z. B. nehmen die Unfallversicherungsträger – hier gilt das SGB VII -, Private Krankenkassen und Beihilfestellen derzeit an dem Verfahren nach §301 SGB V nicht teil. Es werden zwar derzeit Verhandlungen zwischen der DKG und dem Verband der privaten Krankenversicherungen geführt, ein Datenaustauschverfahren in Anlehnung an § 301 SGB V zu etablieren, doch haben sie noch zu keinem Abschluß gefunden. Insofern sind für Patienten dieser Kostenträger die Meldungen / Nachrichten nicht zu erstellen. In diesen Fällen muß das frühere Ablaufschema in Papierform beibehalten werden.

Standardmäßig ergibt sich folgende Reihenfolge der Meldungen zwischen Krankenhaus und Kostenträger –nur GKV- für die Behandlung eines Patienten.

Tabelle 10: Meldungen (nur GKV)

Meldung	Von	An	Zeitraum – vorgeschrieben -
Aufname	Krankenhaus	Krankenkasse	Innerhalb 3 Werktage
Kostenübernahme	Krankenkasse	Krankenhaus	Innerhalb 3 Werktage
Verlängerungsanzeige [1)]	Krankenhaus	Krankenkasse	3 Tage vor Ablauf der Ko-stenzusage
Anforderung medizinische Begründung [1)]	Krankenkasse	Krankenhaus	
Medizinische Begründung [1)]	Krankenhaus	Krankenkasse	
Entlassung	Krankenhaus	Krankenkasse	Innerhalb 3 Werktage
Rechnung	Krankenhaus	Krankenkasse	
Zahlungssatz	Krankenkasse	Krankenhaus	
Rechnung amb. OP	Krankenhaus	Krankenkasse	
Zahlungssatz amb. OP	Krankenkasse	Krankenhaus	
Fehlernachricht [1)]	Krankenhaus	Krankenkasse	
Fehlernachricht [2)]	Krankenkasse	Krankenhaus	

1) Die Meldungen Verlängerungsanzeige, Anforderung medizinische Begründung und medizinische Begründung fallen standardmäßig nicht an.

2) Nur bei aufgetretenen Fehlern

Ist bei abzusendenden Meldungen auf die Sammlung und Zusammenstellung der korrekten Informationen zu achten, so muß bei den ankommenden Meldungen sichergestellt werden, daß die Informationen der Meldungen – Kostenübernahme, Anforderung der medizinischen Begründung, Zahlungsmitteilung – unverzüglich den einzelnen Fachabteilungen zugeleitet werden. Bisher sind diese Informationen in Form eines Briefes an das Krankenhaus gesandt worden und wurden im Rahmen der Postverteilung den einzelnen Abteilungen/Sachbearbeitern zugeordnet. Diese „Postverteilung“ ist nunmehr über das eigene DV-System zu gewährleisten. Bei dieser Postverteilung ist sicherzustellen, daß die eingehenden Informationen, sofern sie nicht alle notwendigen Stammdaten des Patienten für die weitere Bearbeitung enthalten, um diese Daten aus dem eigenen System entsprechend

ergänzt werden. Neben der Vervollständigung der Daten ist die Umsetzung der in der jeweiligen Meldung verwendeten Schlüssel – z. B. Schlüssel 10 Prüfungsvermerk - wichtig, damit eine zügige und korrekte Weiterbearbeitung des Vorganges innerhalb des Krankenhauses ermöglicht wird (vgl. Kostenübernahme). Sofern künftig alle Informationen der Patienten elektronisch vorgehalten werden, sind die Daten dem entsprechenden Mitarbeiter in dessen internen Postkorb zu legen; wird die Sachbearbeitung innerhalb des Hauses teilweise noch in Papierform erledigt, sind die Meldungen formatiert auszudrucken und an den betreffenden Mitarbeiter weiterzuleiten.

Abgesehen von der Verteilung der Routinemeldungen sind auch die Fehlernachrichten, die ebenfalls vorher über den Postweg das Krankenhaus erreicht haben, nunmehr über das eigene DV – System zu verteilen. Auch hierfür muß eine entsprechende Organisation innerhalb des Hauses aufgebaut werden.

Neben den umfangreichen Änderungen in der Ablauforganisation darf die Möglichkeit des Testens des eigenen Organisationsablaufes sowie der eigenen Software für die Datenübertragung nicht außer acht gelassen werden. Die Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) hat im Herbst 1997 im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Testcenter für die Krankenhäuser aufgebaut, das auch ein Zertifikat über die erfolgreiche Testteilnahme des Krankenhauses ausstellt. Das Testcenter simuliert für die teilnehmenden Krankenhäuser eine Krankenkasse. Damit sind die Krankenhäuser in die Lage versetzt, unabhängig von der Verfügbarkeit der Testmöglichkeiten mit den Krankenkassen ihre eigenen Programme und Schnittstellen zu überprüfen. Dieses Testverfahren beinhaltet auch ein Fehler- und Korrekturverfahren. Die verschiedenen Tests werden mit unverschlüsselten und verschlüsselten Daten vorgenommen. Nicht getestet wird in dieser Umgebung das Fachverfahren, das innerhalb der

Krankenkassen programmiert ist und über das keine Erkenntnisse vorliegen. Festgehalten werden muß, daß die Programmierung des Fachverfahrens je nach Kassenart bzw. Zusammenarbeit der einzelnen Kassenarten sehr unterschiedlich ist. Daher ist es für das einzelne Krankenhaus von Bedeutung, daß es gegen eine klar definierte Testkrankenkasse die eigenen Programme und Kommunikationswege insoweit prüfen kann, als der Aufbau der versandten Nachrichten der Vereinbarung entspricht und die von der Testkrankenkasse an das Krankenhaus versandten Daten korrekt empfangen und in der eigenen Anwendung weiterverarbeitet werden können. Ziel ist es, daß nach einem erfolgreichen Test mit der Testkrankenkasse (Testcenter DKTIG) in dem Echtverfahren mit den Krankenkassen keine Fehler mehr auftreten.

Der Aufbau eines solchen Testszenarios wurde erforderlich, nachdem die Krankenkassen nur sehr unterschiedlich und zum Teil auch nur sehr zögerlich an den Testverfahren teilnahmen. Dies lag und liegt zum einen an dem sehr stark variierenden Stand der Hardwareausrüstung der einzelnen Krankenkassen bzw. deren Verbände sowie an dem bis heute noch unterschiedlichen Stand der Software / Vorprüfungssoftware.

Auch für die Folgezeit ist das Testszenario der DKTIG positiv zu bewerten, da in diesem Rahmen die Weiterentwicklung des Datenaustausches mit den Krankenkassen vorangetrieben werden kann. Welche Punkte geändert werden sollten, wird in folgenden Abschnitt näher dargestellt. Festzuhalten bleibt an dieser Stelle, daß ein Krankenhaus nur nach erfolgreich abgeschlossenem Test mit der DKTIG die Kommunikation mit der Krankenkassen aufnehmen sollte.

Für die hier beschriebene Entwicklung und die sich hieraus ergebenden Änderungen der eingesetzten Software (Patientenverwaltung in Verbindung mit der

Datenübertragungssoftware EDI301) konnte im März 1998 das Zertifikat Nr. 1 für den erfolgreich abgeschlossenen Test der Programme für den Datenaustausch von der DKTIG erlangt werden, parallel hierzu fanden auch die Testarbeiten in dem ersten Akutkrankenhaus statt. Hier wurde im April 1998 nach dem erfolgreichen Abschluß der geforderten Tests das erste Testtat der DKTIG für das St. Elisabeth Krankenhaus in Wittlich ausgestellt. Darüber hinaus wurde auch mit der KKH in Hannover der Datenaustausch getestet. Auch mit der KKH sind im Sommer 1998 die Testarbeiten erfolgreich abgeschlossen und mit einem Testat der KKH bestätigt worden, so daß Anfang September 1998 der Echtbetrieb zwischen dem St. Elisabeth Krankenhaus in Wittlich und der KKH aufgenommen wurde. Seit diesem Zeitpunkt werden für die Patienten dieser Krankenkasse alle Verwaltungsvorgänge, die in der Datenübermittlungsvereinbarung enthalten sind, über die Datenfernverarbeitung und damit papierlos abgewickelt.

II.5.6 Änderungsvorschläge zur bestehenden Vereinbarung

Die Erarbeitung eines Lösungsweges zur Umsetzung der Vorschriften des § 301 Abs. 1 SGB V und die sich darauf stützende Vereinbarung im Krankenhaus hat eine Reihe von Punkten ergeben, die sinnvollerweise zu überarbeitet sind.

1. Grundsätzliche Überlegungen

In der Anlage 4 der Vereinbarung – Technische Anlage – ist unter 1 (5) gesagt:

„Bei der Datenübermittlung werden die relevanten internationalen, EU-weiten und nationalen Normen und ggf. Standards zur Anwendung gebracht.“ (Rickelt, 1997, S. 134)

Als erstes ist festzuhalten, daß die Datenübermittlungsvereinbarung sich in wesentlichen Punkten nicht an die Vorschriften der DIN EN 29 735 hält bzw. an

andere Normen auf europäischer bzw. internationaler Ebene. Das bedeutet, daß die Weiterentwicklung dieser Normen, insbesondere die Erweiterung dieser Normen in Hinblick auf die Dialogverarbeitung, nicht automatisch für diese Datenübermittlungsvereinbarung Gültigkeit erlangen, Änderungen dieser Vereinbarung sind somit ausschließlich in einvernehmlichen Vereinbarungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen möglich.

In diesem Zusammenhang muß darauf hingewiesen werden, daß auf internationaler Ebene für das Gesundheitswesen Datenstrukturen entwickelt worden sind, um in allgemeingültiger Form Informationen und Daten auszutauschen. Es handelt sich hier um das System HL7 (Health Level Seven). Der HL7 ist 1987 geschaffen worden, um Standards in der Datenverarbeitung und Datenkommunikation für den Bereich des Gesundheitswesens aufzubauen. Hierzu gehören insbesondere die Beschreibung von Datenfeldern bzw. Datenfeldgruppen, die für die Übertragung von Nachrichten aus den verschiedenen Bereichen wie Administration, Abrechnung, Diagnostik und Befundübermittlung inklusive Bildübertragung notwendig sind. Der Aufbau richtet sich nach den Regeln des EDI/EDIFACT. Zwischenzeitlich wurde der HL7 von der amerikanischen Normungsbehörde ANSI (American National Standards Institute) als Standard anerkannt. Der HL7 liegt zwischenzeitlich in der Version 2.3 vor. Die Version 3 ist bereits in Vorbereitung. In den Segmenten und Feldern des HL7 sind bis auf wenige Ausnahmen alle Segmente und Felder zu finden, die in der Datenübertragungsvereinbarung nach § 301 SGB V gefordert und beschrieben sind. Dies zeigt auch eine von der Universität Bonn erstellte Referenzliste der Segmente und Felder aus dem Jahre 1995, in der eine Umsetzung der Datenfelder in die entsprechenden Segmente und Felder des HL7 (damals Version 2.2) vorgenommen wurde. Zwischenzeitlich sind auch die Arbeiten der Arbeitsausschüsse des CEN (TC251)in Brüssel soweit, daß für

den Bereich Informationsverarbeitung im Gesundheitswesen im Prinzip die Vorgaben des HL7 übernommen werden können. Darüber hinaus sind in den Jahren 1995 – 1997 von der Europäischen Normungsbehörde CEN eine Reihe von Standards verabschiedet worden, unter anderem die ENV 12612 „Medical Informatics – Messages for the exchange of healthcare adminstrative information (1997)“ bzw. ENV 1828 „Medical informatics – Structure for classification and coding of surgical procedures“ (1995). (weitere verabschiedete ENV siehe im Anhang)

Wird in der Vereinbarung auf die Einhaltung solcher Normen hingewiesen, so ist es völlig unverständlich, wenn dieselbe Vereinbarung diese Normen dann über eine Ausnahmeregelung wieder außer Kraft setzt. Dies hat für die Weiterentwicklung sowie für den jetzt anlaufenden Echtbetrieb entsprechend negative Folgen. Inwieweit der Standard eingehalten wurde, beschreibt folgende Feststellung von Völlink

„Die Nachrichten orientieren sich am EDIFACT-Standard (Elektronischer Datenaustausch für die Verwaltung, Wirtschaft und Transport), sind im wesentlichen allerdings Eigenschöpfung und damit nicht standardkonform.“(Völlink, 1997, S. 113).

Nachdem, wie oben dargelegt, die Einhaltung der entsprechenden Normen im allgemeinen zwar geregelt wurde, wird in Anlage 4 unter Punkt 5.2 (3) allerdings folgende Vereinbarung getroffen:

„Abweichend von der DIN EN 29 735 ist auch die Übermittlung mehrerer Geschäftsvorfälle des gleichen Nachrichtentyps innerhalb von UNH und UNT möglich“.

Warum die Einhaltung der EDIFACT Norm nicht durchgängig vereinbart worden ist, ist nicht einsichtig. Auch wurde innerhalb der Arbeitssitzungen des Testkreises 301 von dem Verfasser mehrfach darauf hingewiesen, daß die Anwendung der

Norm hilfreich für alle Beteiligten sei. Dies wurde mit dem Hinweis der Krankenkassenvertreter zurückgewiesen, daß es zu weiteren Zeitverzögerungen bei der Umsetzung der Vereinbarung in das EDIFACT/MEDRUC kommt (vgl. Rickelt, 1997, S. 16 sowie S. 18, Info 8 und Info 10). Hierbei wurde unter anderem nicht berücksichtigt, daß die Nichteinhaltung der Norm im Bereich des Fehler- und Korrekturverfahrens zu erheblichen Problemen auf beiden Seiten führen kann.

In der Syntax-Beschreibung zum EDIFACT (DIN) heißt es:

“*Eine Übertragungsdatei kann mehr als eine Gruppe oder Nachricht und oder ein Paket enthalten, wobei jedes Teil durch Kopfsegmente identifiziert und durch Endsegmente beendet wird.*“ (DIN, EDIFACT Syntax Version 4, S 18).

In der unten stehenden Tabelle sind für 3 Patienten schematisch die Aufnahmenachrichten für einen Kostenträger zusammengestellt. Nach der Vereinbarung besteht die Aufnahmenachricht je Patient aus den Segmenten : FKT – INV – NAD – AUF – EAD. Diese Segmente bilden je Patient eine Nachricht und sind somit durch die Kopf- und Endsegmente UNH/UNT zu eröffnen bzw. zu beenden.

Definition :

„*UNH Nachrichten - Kopfsegment, Funktion: Dient dazu, eine Nachricht zu eröffnen, sie zu identifizieren und zu beschreiben.*
UNT Nachrichten – Endsegment, Funktion: Dient dazu, eine Nachricht zu beenden und sie auf Vollständigkeit zu prüfen.“ (vgl. EDIFACT Syntax Version 4, S. 43 u. 45)

Die einzelnen UNH–Segmente innerhalb einer Übertragungsdateien werden systematisch von 1 (Feld 0062 – laufender Zähler für UNH-Sgement) beginnend gezählt. In den UNT–Segmenten wird dieser Zähler noch einmal wiederholt (Feld 0062). Damit sind alle einen Patienten betreffenden Informationen zwischen den Segmenten UNH und UNT eingebettet. Werden von dem Empfangspartner einer solchen Datei Fehler innerhalb einer Nachrichtenart oder eines Nachrichtensegmentes gefunden, so wird eine Fehlernachricht erzeugt, die neben der Fehlerbe-

zeichnung und Segmentbezeichnung (FKT ..) auch einen Positionszeiger (Feld 0062) enthält. Dieser Positionszeiger gibt dasjenige UNH-Segment (Nachrichtenkopfsegment) (UNH_FKT_INV..) an, nach dem der Fehler festgestellt wurde (vgl. Rickelt, S. 180, 1997). Sind die Nachrichtenarten und Nachrichtensegmente je Patient jeweils durch ein UNH und UNT-Segment getrennt, so ist der fehlerhafte Satz schnell und eindeutig identifizierbar. Wird aber die Übertragungsdatei aufgebaut wie es die Vereinbarung vorsieht, so ist eine eindeutige Identifikation des fehlerhaften Nachrichtenteiles nicht mehr möglich. Dies führt bei großen Dateien (z. B. Nachrichten für 100 Patienten) zwangsläufig zu zeitaufwendigen und unnötigen Sucharbeiten. Kompliziert wird die Suche dann, wenn innerhalb einer Übertragungsdatei mehrere gleichartige Fehler enthalten sind. Dieses Problem kann insbesondere bei Softwarefehlern (systematischen Fehlern) auftauchen.

Tabelle 11: Segmentfolge: Aufnahmenachricht

DIN 29 735			Vereinbarung		
UNB			UNB		
	UNH 1				
				UNH 1	
		FKT			FKT
		INV			INV
		NAD			NAD
		AUF			AUF
		EAD			EAD
	UNT 1				
	UNH 2				
		FKT			FKT
		INV			INV
		NAD			NAD
		AUF			AUF
		EAD			EAD
	UNT 2				
	UNH 3				
		FKT			FKT
		INV			INV
		NAD			NAD
		AUF			AUF
		EAD			EAD
	UNT 3			UNT 1	
UNZ			UNZ		

Sofern der Satzaufbau nach DIN 29 735 verwendet wird, kann mit dem Feld 0062 aus dem Segment UNH immer eindeutig der fehlerhafte Vorgang beschrieben werden, im Falle des Satzaufbaus nach der Datenübermittlungsvereinbarung ist dies nicht eindeutig möglich.

IM Dezember 1999 wurde nunmehr der Entwurf für die 3. Fortschreibung vorgelegt. Hier heißt es unter Nachtrag 24:
„Gemäß DIN EN 29735 ist je Nachricht (innerhalb von UNH und UNT) nur die Übermittlung eines Geschäftsvorfalles möglich. Die abweichende Verwendung in der Versionen 1 und 2 ist in Version 3 nicht mehr möglich.“ (vgl. 3. Fortschreibung vom 16.12.1999)
Dies soll allerdings erst ab dem 1.1.2001 gültig sein.
Die Arbeiten bei der Umsetzung dieser Vereinbarung zeigten aber noch weitere Problempunkte. Nicht verständlich ist auch, daß zum einen innerhalb einzelner Segmente bei den verschiedenen Nachrichtenarten eine unterschiedliche Anzahl von Feldern vorgeschrieben wird, zum anderen, daß der Feldinhalt bei gleicher Feldbezeichung je nach Nachrichtenart wechselt. Es steht wohl außer Zweifel, daß hier eine unnötige Fehlerquelle entsteht. Darüber hinaus sind in diesen Fällen noch nicht einmal entsprechende Fehlermeldungen vereinbart. In dem Abschnitt „Neuer Aufbau der Segmente“ wird gezeigt, daß die DIN 29 735 diese Probleme einfach gelöst hat. Die folgende Tabelle zeigt alle Segmente, die in den verschiedenen Nachrichten unterschiedlich behandelt werden müssen.

Tabelle 12: Segmente mit unterschiedlicher Verwendung je nach Nachrichtenart

	Feldinhalt		Nachrichtenart					
Segment	Inhalt [1]	Inhalt [2]	Verlängerung	Entlassung	Rechnung	Rechnungssatz amb. Operieren	Zahlungssatz	Zahlungssatz amb. Operieren
			VERL	ENTL	RECH	AMBO	ZAHL	ZAAO
FAB	Fachabteilung		M	M	M			
1	Fachabteilung		M	M	M			
2	Diagnose		M	M	---			
3	Zusatzschlüssel Diagnose		---	K	---			
4	Operationstag		---	K	---			
8	Operation (ICPM/OPS-301)		---	K	---			
6	Zusatzschlüssel 1 OP (ICPM/OPS-301)		---	K	---			
7	Zusatzschlüssel 2 OP (ICPM/OPS-301)		---	K	---			
	Anzahl Felder		2 M	2 M /5(6)K	1 M			
DAU	Dauer		M	M				
1	Aufnahmetag		M	M				
2	Voraussichtliche Dauer	Tag Entlassung	M	M [2]				
3	Nachfolgediagnose AU		K	K				
4	Ab Datum AU		K	K				
	Anzahl Felder		2 M/2 K	2 M/2 K				
REC	Rechnung				M	M	M	M
1	Rechnungsnummer				M	M	M	M
2	Rechnungsdatum				M	M	M	M
3	Rechnungsart				M	M	M	M
4	Aufnahmetag	Tag Zugang			M	M	M	M
5	Rechnungsbetrag				M	M [2]	M	M [2]
6	Debitoren Konto KH				K	K	K	K
7	Referenznummer KH				K	K	K	K
8	IK des KH für Zahlungsweg				K	K	K	K
9	Honorarsumme				---	M	---	M
10	Pauschale				---	K	---	K
	Anzahl Felder				5 M/3 K	6 M / 4 K	5 M/3 K	6 M/4 K
ZPR	Prüfung Zahlung						M	M
1	Rechnungsbetrag zur Zahlung angewiesen						M	M
2	Prüfungsvermerk						M	M
3	Honorarsumme neu berechnet						---	M

	Feldinhalt		Nachrichtenart					
Segment	Inhalt [1]	Inhalt [2]	Verlän-gerung	Entlas-sung	Rechnung	Rechnungs-satz amb. Operieren	Zahlungs-satz	Zahlungssatz amb. Operieren
			VERL	ENTL	RECH	AMBO	ZAHL	ZAAO
4	Pauschale neu be-rechnet						---	K
	Anzahl Felder						3 M/0 K	3 M/2 K

Anm.: Die Spaltenüberschriften Inhalt 1 und Inhalt 2 beschreiben die unterschiedlichen Dateninhalte derselben Felder

Ein weiterer Punkt der Vereinbarung (Technische Anlage 4, 2.2.1) ist, daß für jede Übertragung neben der Nutzdatendatei zusätzlich ein Auftragssatz erstellt und dieser zusammen mit den Nutzdaten des Krankenhauses – als Paket - an den entsprechenden Kostenträger übermittelt werden muß. Die Informationen, die in diesem Auftragssatz enthalten sind, könnten ohne weiteres in die in der EDIFACT-Syntax vorgesehenen Felder des Kopfsegmentes der Übertragungsdatei UNB eingefügt werden. Der Aufbau und die Verarbeitung dieses Auftragssatzes hat in der Umsetzung immer wieder zu Problemen geführt. Dies ist auch mit ein Grund dafür, daß Standard–EDIFACT-Konverter nicht eingesetzt werden können, sondern auf Spezialapplikationen zurückgegriffen werden muß. Dies führt zu einer unnötigen Verteuerung bei den Erstinvestitionen bzw. auch bei der laufenden Wartung.

Ein weiterer Nachteil der in der Vereinbarung festgelegten Struktur ist das Fehlen von Versionskennungen der einzelnen Segmente bzw. Segmentgruppen. Lediglich auf der Ebene des Auftragssatzes ist eine Versionskennung vorgesehen, somit ist eine gewisse Inflexibilität des Systems vorgegeben. Die Notwendigkeit einer Versionskennung auf Segmentgruppenebene bzw. auf Segmentebene zeigen andere Anwendungen innerhalb des EDIFACT. Diese Möglichkeit der Versionskennung wurde in der EDIFACT Syntax aus dem Grund geschaffen, damit die Anwendung möglichst einfach und zeitnah erweitert und gepflegt werden kann.

2. Schlüssel / Schlüsselsysteme

Die oben beschriebenen Mängel und Problemfelder werden dadurch noch verstärkt, daß zum einen sehr komplizierte Schlüsselsysteme – vgl. Entgeltartenschlüssel - bzw. zu wenig Schlüssel in der Vereinbarung enthalten sind und sich somit auch an dieser Stelle eine bestimmte Inflexibilität durch die Vereinbarung ergibt: z. B. ist die Änderung von dem Diagnosenschlüssel ICD 9 zum ICD 10 nicht in den vereinbarten Datenstrukturen eingeplant. Auch hier wäre eine stärkere Parameterisierung (Verschlüsselung / Klassifizierung) wünschenswert gewesen. Die Überarbeitung der jetzigen Vereinbarung zeigt, daß zu den jetzigen 15 Schlüsseln noch weitere 14 Schlüssel (Liste siehe Anhang 7) hinzugefügt werden müßten, um eine bessere Handhabung und größere Flexibilität zu erreichen. Ein neuer Entgeltartenschlüssel sollte drei einzelne Schlüssel enthalten:

1. Art des Entgeltes, z. B. Basispflegesatz (vorher Stelle 1 – 2),
2. Spezifikation der Abteilung bzw. des Personals (vorher Stelle 3)
3. Die Leistungsziffer entsprechend der Spezifikation gemäß Teil 1 und 2 (vorher Stelle 4 – 8 bzw. 6 – 8).

Die Aufsplittung des Entgeltartenschlüssel in drei eigenständige Schlüssel hat den Vorteil, daß eine weitere Entwicklung des Entgeltsystems nicht von der Starrheit einer Datenübermittlungsvereinbarung abhängig ist.

Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der sehr langwierigen Verhandlungen zu dieser Vereinbarung zu sehen, da die unterschiedliche Haltung der verschiedenen Verbände – Krankenkassen und Krankenhäuser – es bedingt, daß keine optimalen Lösungen erarbeitet werden, sondern lediglich auf der Basis eines Minimalkonsens Lösungen gefunden werden. Die vielfachen inhaltlichen Fragen, die mit dieser Datenübermittlungsvereinbarung verbunden sind, werden auf eine an

sich wertneutrale – technische - Ebene der Datenverarbeitung und Kommunikation hineingetragen. Somit werden z. T. gute und sinnvolle Lösungen verhindert.

Zur Umsetzung der Vorschriften des § 301 Abs. 3 SGB V und der Datenübermittlungsvereinbarung wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der DKG 1995 ein Arbeitskreis ins Leben gerufen. Diesem gehörten Mitarbeiter der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landeskrankenhausgesellschaften, von Krankenhäusern oder Krankenhausträgern sowie Mitarbeiter der Krankenkassen an. Der Verfasser sowie ein weiterer Mitarbeiter waren Mitglieder dieses Arbeitskreises. Mehrfach wurde in den Arbeitskreissitzungen von dem Verfasser darauf hingewiesen, daß es sinnvoll sei, die Datenstruktur für diesen Datenaustausch dem EDIFACT-Standard zu unterwerfen und die in diesem Standard vorgesehenen Datensegmenten MEDRUC (Medical Ressource Usage and Cost Message), die eigens für den medizinischen Bereich geschaffen worden sind, zu verwenden. Für den Bereich des § 301 Abs. 4 SGB V (Reha-Bereich) wurde dieser Vorschlag aufgegriffen. Für diesen Bereich sind die Syntaxvorschriften des EDIFACT, insbesondere die Benutzung der MEDRUC-Segmente vorgeschrieben. Eine Umstellung der Datenübermittlungsvereinbarung für den Krankenhausbereich (§ 301 Abs. 3 SGB V) zu diesem Zeitpunkt (1995/1996) wäre mit relativ geringem Aufwand verbunden gewesen, da die meisten Krankenhäuser und auch Krankenkassen zu diesem Zeitpunkt noch keine Softwarelösung in ihren EDV-Systemen implementiert hatten. Leider wurde diese Lösung von den Krankenkassen nicht unterstützt. Der immer wieder angegebene Grund der Krankenkassen war, daß schon die gesamte Software erstellt sei, und eine Änderung der Datenübermittlungsvereinbarung auf den EDIFACT-Standard einen zu hohen Kostenaufwand verursachen würde. Dies ist von der technischen Seite betrachte kein nachvollziehbares Argument, da die Einhaltung des Standards für beide Seiten langfristig nur von Vorteil ist.

3. Aufbau der Segmente im EDIFACT/MEDRUC

Bei den Umsetzungsarbeiten der Datenübertragungsvereinbarung im Krankenhaus haben sich weitere Mängel in der bestehenden Vereinbarung gezeigt. Häufig sind die Probleme dann aufgetreten, wenn die Standards des EDIFACT nicht eingehalten wurden oder wenn Datenelemente innerhalb eines Segmentes unterschiedliche Bedeutung erhalten bzw. Datensegmente unterschiedliche Längen erhalten, je nachdem, in welchem Nachrichtentyp dieses Datenelement steht, ohne daß über entsprechende Feldkennzeichner bzw. Formatkennzeichner die Datenfelder entsprechend spezifiziert sind. Daß innerhalb des EDIFACT Datensegmente und auch Datenfelder unterschiedliche Bedeutung und Längen aufweisen können, ist bekannt. Im EDIFACT-Standard wird dieses Problem durch den Segmentaufbau gelöst:

Segmentkopf/Header

Segmentbezeichner

Datenelement/Datenelementgruppe und nachfolgend gegebenenfalls eine weitere qualitative Beschreibung des Datenelementes/-gruppe (Formatbestimmung).

An dem Beispiel der Aufnahmenachricht soll dargestellt werden, wie eine Nachricht auf der Basis der EDIFACT/MEDRUC Syntax aussehen müßte. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß insgesamt die Nachricht länger erscheint als die ursprüngliche Aufnahmenachricht. Insgesamt läßt sich eine Nachricht in diesem Format leichter lesen und bearbeiten, da ihr Aufbau (Segmentsruktur) grundsätzlich gleich ist. Sofern es zukünftig notwendig ist, kann diese Nachricht auf der Basis der EDIFACT/MEDRUC Syntax einfach geändert bzw. ergänzt werden. Dies auch deshalb, da eine Versionskennung innerhalb der Nachricht in dem Segment UNH, Elementgruppe S009 Elemente (Felder) 0054 und 0051 existiert. Die Felder sind zwar auch in dem Segment UNH nach der Datenübermittlungsvereinba-

rung vorgesehen, sind dort aber mit festen Inhalten vorbesetzt und zwar Feld 0052 =01, Feld 0054 = 000, und aus diesem Grunde nicht variabel verfügbar.

Tabelle 13: Aufnahmenachricht – EDIFACT MEDRUC

Lfd. Nr.	Seg. Gruppe	Wiederhl.	Seg-ment	Ele-ment/-gruppe	Ele-ment	M R D C	Länge	Fester Inhalt	Text
1			UNH						
				0062		M	An..14		Nachrichtenreferenz Nr.
				S009		M			
					0065	M	an..6	AUFNKH	Nachrichtenkennung (Aufnahme Krankenhaus)
					0052	M	An..3		Versionsnummer Nachrichtentyp
					0054	M	an..3		Freigabe Nummer
					0051	M	An..2		Verwaltende Organisation
					0057	R	an..6		Anwendungscode der zuständigen Organisation
2			BGM			M			
				C002		R			
					1001	R	An2		Anlaß der Nachricht
					1004	X	An..35		
					1225	R	An2		Verarbeitungskennzeichen
					4343	D	An2		Prüfungsergebnis
3			DTM			R			
				C507		M			
					2005	M	An3	137	Kennzeichner
					2380	R	An8		Erstellungsdatum der Datei
					2379	M	An3	102	Format, JJJJMMTT
4			RFF						
				C506					
					1153		An3	ACD	Kennzeichner , = lfd. Nr. des Geschäftsvorfalles
					1154		An2		lfd. Nummer
5	SG2	1	PNA			M			Bezeichnung Beteiligte
				3035		M	An2	MS	Absender
				C206		X			
					7402	M	An..35		
				C082		R			
					3039	M	An9		IK Absender
6	SG2	2	PNA			M			Bezeichnung Beteiligte
				3035		M	An2	MR	Empfänger
				C206		X			
					7402	M	An..35		
				C082		R			
					3039	M	An9		IK Empfänger
7	SG2	3	PNA			M			Bezeichnung Beteiligte
				3035		M	An2	MT	Klinik
				C206		X			
					7402	M	An..35		

Lfd. Nr.	Seg. Gruppe	Wiederhl.	Seg-ment	Ele-ment/-gruppe	Ele-ment	M R D C	Länge	Fester Inhalt	Text
				C082		R			
					3039	M	An9		IK Klinik
8			CTA			R			
				3139		R	An3	ABT	Kennzeichner
				C056		R			
					3413	R	An4		Abteilungsschlüssel aufnehmende Abteilung
9			RFF			R			
				C506		M			
					1153	M	An3	AES	Kennzeichner
					1154	R	An..20		Fallidentifikation in der Klinik , Patientennum-mer
10	SG2	4	PNA			M			Bezeichnung Beteiligte
				3035		M	An2	RP	Veranlassendes Krankenhaus
				C206		X			
					7402	M	An..35		
				C082		R			
					3039	M	An9		IK veranlassende Klinik
11	SG2	5	PNA			M			Bezeichnung Beteiligte
				3035		M	An2	OP	Einweisender Arzt
				C206		X			
					7402	M	An..35		
				C082		R			
					3039	M	An9		KV Nummer des Arztes
					1131	M	An3	AZT	Kennzeichner
12	SG2	6	PNA			M			Bezeichnung Beteiligte
				3035		M	An2	XX	Einweisende Notfallstelle
				C206		X			
					7402	M	An..35		
				C082		R			
					3039	M	An9		KV Nummer des Arztes
13	SG5	1	FCA			R			
				4471		M	An2	AD	Kennzeichner = Administrationsdaten
14	SG9	1	PNA			M			Bezeichnung Beteiligte
				3035		M	an2	BM	Kennzeichner = Patient
				C206		D			
					7402	M	an..12		KV- Karten Nummer
				C082		M			
					3039	M	an9		IK-KV-Karten Nummer
				3403		D	an1		Anrede
				3397		X	an..3		
				C816		R			
					3405	M	an1	1	Kennzeichner 1 = Nachname
					3398	R	an..35		Nachname
				C816		R			
					3405	M	an1	2	Kennzeichner 2 = Vorname
					3398	R	an..35		Vorname

Lfd. Nr.	Seg. Gruppe	Wiederhl.	Seg-ment	Ele-ment/-gruppe	Ele-ment	M R D C	Länge	Fester Inhalt	Text
				C816		R			
					3405	M	an1	A	Kennzeichner A = Namenszusatz
					3398	R	an..15		Namenszusatz
				C816		R			
					3405	M	an1	B	Kennzeichner B = Titel
					3398	R	an..17		Titel
				C816		R			
					3405	M	an1	C	Kennzeichner C = Geburtsname
					3398	R	an..30		Geburtsname
15			ADR			R			Adresse Patient
				C817		X			
					3299	C	an..3		
				C090		R			
					3477	M	an1	1	Kennzeichner 1
					3286	M	an..30		Straße Hausnummer
					3286	C	an..30		Adresszusatz
				3164		R	an..25		Wohnort
				3251		R	an..7		PLZ
				3207		R	an..3		internationale Länderkennzeichen
16			ADR						
				C817		X			
					3299	C	an..3		
				C090		R			
					3477	M	an1	2	Kennzeichner 2
				3164		R	an..30		Geburtsort
17			DTM			M			
				C507		M			
					2005	M	an3	329	Kennzeichner
					2380	R	an8		Geburtsdatum
					2379	R	an3	102	Formatkennzeichner = JJJJMMTT
18	SG7		PDI			R			
				3499		R	an1		Geschlecht
				C085		R			
					3479	R	an1		Familienstand
			NAT			R			
				3493		M	an2	2	Kennzeichner
				C042		M			
					3293	R	an..3		Staatsangehörigkeit
19			PRC			M			
				C242		R			
					7187	M	an..6		AUFN
20			DTM			M			
				C507		M			
					2005	M	an3	291	Kennzeichner
					2380	R	an8		Aufnahmedatum
					2379	R	an3	102	Formatkennzeichner = JJJJMMTT
21			DTM			M			

Lfd. Nr.	Seg. Gruppe	Wiederhl.	Seg-ment	Ele-ment/-gruppe	Ele-ment	MRDC	Länge	Fester Inhalt	Text
				C507		M			
					2005	M	an3	XXX	Kennzeichner
					2380	R	an4		Aufnahmeuhrzeit
					2379	R	an3	401	Formatkennzeichner = HHMM
22			PRC			M			
				C242		R			
					7187	M	an..6	AUFDIA	AUFDIA
23			CIN			M			Aufnahmediagnose
				6811		M	an3	DIA	Kennzeichner
				C836		R			
					6813	R	an..5		ICD-Schlüssel
					1131	R	an..3		I9 = ICD 9 amtliche Fassung
24			PRC			M			
				C242		R			
					7187	M	an..6	EINDIA	EINDIA
25			CIN			M			Einweisungsdiagnose
				6811		M	an3	DIA	Kennzeichner
				C836		R			
					6813	R	an..5		ICD-Schlüssel
					1131	R	an..3		I9 = ICD 9 amtliche Fassung
26			PRC			M		TAGE	
				C242		R			
					7187	M	an..6		TAGE
27			QTY			M			Länge des notwendigen stat. Aufenthaltes
				C186		M			
					6063	M	an3	192	Kennzeichner
					6060	M	n..3		Tage
					6411	R	an3	DAY	Formatkennzeichner
28			UNT			M			
				0074		M	n..6		Anzahl Segmente inkl. UNH und UNT
				0062		M	an..14		Nachrichtenreferenz Nummer = UNH/0062

Anm.: MRDC - M=muß entsprechend der EDIFACT Vorgaben gesendet werden, R=muß entsprechend der Anwender Vorgaben gesendet werden, D=wird in Abhängikeit von anderen Dateninhalten gesendet, C=kann gesendet werden.

Das oben dargestellte Beispiel zeigt, daß die einzelnen Segmente bzw. Segmentgruppen innerhalb des EDIFACT aus festen immer wiederkehrenden Datenelementen bzw. Datenelementgruppen bestehen. Die Bedeutung der einzelnen Segmente bzw. Segmentgruppen wird durch die entsprechenden Kennzeichner gesteuert. Am Beispiel des Segmentes DTM = Day/Time soll dies noch einmal dargestellt werden.

Aufbau Segment DTM – EDIFACT/MEDRUC

DTM		M			
	C507	M			
	2005	M	an3	XXX	Kennzeichner
	2380	R	an8		Datum
	2379	R	an3	102	Formatkennzeichner = JJJJMMTT

Die gesamte Segmentgruppe DTM besteht aus dem Header DTM und der Datenelementgruppe C507. Die Datenelementgruppe C507 besteht ihrerseits aus den

Datenelementen

Feld : 2005 = Kennzeichner (z. B. „329“ Geburtsdatum)

Feld : 2380 = Information Datum

Feld : 2379 = Formatkennzeichner (z. B. „102“ = JJJJMMTT).

Dieses Segment DTM kann innerhalb der unterschiedlichen Nachrichten immer wieder verwendet werden, ohne daß seine Struktur verändert werden muß. Lediglich der Kennzeichner Feld : 2005 muß eindeutig definiert sein, ebenso der Formatkennzeichner Feld : 2379. Sofern dies der Fall ist, kann dieses Segment für Aufnahmedatum, -zeit, Entlassungsdatum, -zeit, Verlängerungsdatum etc. verwandt werden. Eine weitere Spezifikation, um ein Datum oder eine Uhrzeit darzustellen, ist nicht mehr notwendig. Als weiteres Beispiel sei hier der Wechsel von dem Diagnoseschlüssel ICD-9 zum ICD-10 dargestellt, der nach der derzeit gültigen Vereinbarung nicht ohne eine Änderung der Vereinbarung und somit nicht ohne Zustimmung aller Beteiligten möglich ist. Auch hier wird in dem System EDIFACT/MEDRUC lediglich ein Kennzeichner verändert, um von ICD-9 zu ICD-10 zu wechseln, ohne daß es einer Änderung der Vereinbarung oder einer Änderung der Version der Datenübermittlungsvereinbarung bedarf, da die Formatkennzeichner/Identifier schon innerhalb von MEDRUC vereinbart worden sind.

Aufbau Segment CIN – EDIFACT / MEDRUC

Segment	Element	Status	Format	Wert	Beschreibung
CIN		M			Aufnahmediagnose
	6811	M	an3	DIA	Kennzeichner
C836		R			
	6813	R	an..5		ICD-Schlüssel
	1131	R	an..3		I9 = ICD 9 amtliche Fassung I10 = ICD 10 amtliche Fassung

Die Weiterentwicklung des SGB V und die sich hieraus ergebenden Verlautbarungen haben gezeigt, daß solche Regelungen notwendig sind. Mit Beginn des Jahres 2000 wurde der ICD 10 als amtlicher Diagnoseschlüssel vom Bundesgesundheitsministerium verabschiedet. Somit war eine Änderung der Satzstruktur für alle Diagnoseninformationen notwendig. Dies hätte bei dem Einsatz von MEDRUC vermieden werden können.

Ein weiterer Vorteil bei der Verwendung der Standard EDIFACT-Syntax ist, daß sich für die Datenübertragung sehr kurze und überschaubare Datensätze ergeben, die auch in ihrer sequentiellen Struktur sehr leicht zu kontrollieren sind. Gleichzeitig sind bei Verwendung der Standards natürlich alle EDIFACT- Standardkonverter einsetzbar, um die Daten in die EDIFACT-Syntax zu übertragen, was eine gewisse Unabhängigkeit des einzelnen Krankenhauses bzw. Anwenders gegenüber den jeweiligen Softwareanbietern ermöglicht. Dies ist deshalb auch von Bedeutung, da die Gespräche mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen während der Phase der Umsetzung gezeigt haben, daß diese versuchen, ihre eigenen, kasseninternen Datenstrukturen und Datenmodelle innerhalb der Datenübermittlungsvereinbarung durchzusetzen. Doch die Datenstrukturen und die Art der Datenübermittlung sind zwischen den einzelnen Kassen weder gleich, noch genügen sie dem internationalen Standard. Je stärker also eine Krankenkasse oder ein Krankenkassenverband ihre / seine Vorstellung in diesem Verfahren

durchsetzt, desto geringer sind die Aufwendungen, die sie selbst mit der Umstellung im eigenen Haus auf ein solches Datenaustauschsystem vornehmen muß. Nur vor diesem Hintergrund ist ein so starkes Festhalten an den in der Vereinbarung festgeschriebenen und sehr starren Strukturen verständlich. Insofern kann die vorliegende Datenübermittlungsvereinbarung als ein politischer Minimalkonsens zwischen den beteiligten Partnern angesehen werden, nicht aber als gelungene informationstechnische Lösung für ein sehr komplexes Problem.

Wie hinderlich die hier festgeschriebene Inflexibilität außerdem ist, zeigt die Tatsache, daß die Entwicklung des Pflegesatzrechtes zur Zeit einem sehr starken und schnellen Wandel unterliegt. So sind zum 1.1.1998 mit der Änderung der BPflV vom 6.12.1997 geteilte Fallpauschalen eingeführt worden. Bei diesen Fallpauschalen handelt es sich um eine Behandlung, die einerseits einen operativen Eingriff bis zur Wundheilung und andererseits die Weiterbehandlung des Patienten bis zur Rehabilitationsfähigkeit umfaßt. Als Beispiel seien hier die die Fallpauschalen 9.011 ff. sowie 17.091 aufgeführt (vgl. Anlage 1 zur BPflV: Bundesweiter Fallpauschalen - Katalog für Krankenhäuser nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 14 Abs. 4 BPflV). In die Leistungslegende dieser Fallpauschalen sind folgende Tatbestände neu eingeführt worden, die die Leistungen der einzelnen Fallpauschalen voneinander abgrenzen. Es sind dies 1. das Datum der Wundheilung (z. B. Entfernung von Fäden/Klammern) 2. die Mindestverweildauer nach Abschluß der Wundheilung. Die nachprüfbare Abrechnung dieser Fallpauschalen kann nur dann automatisch im Rahmen der Datenübertragung durchgeführt werden, wenn diese beiden Informationen in die Nachrichtentypen der Abrechnung integriert werden. Unter der Verwendung des EDIFACT/MEDRUC Standards wäre es ohne Probleme möglich ein weiteres Segment – SG8 - mit den Segmentgruppen PRC und DTM in den Abrechnungssatz einzufügen. Die Segmentgruppe PRC ist zwingend vorgeschrieben und bezeichnet die Art der Information bzw. den nachfolgenden Prozeß. Für die Seg-

mentgruppen PRC und DTM müssen noch die Kennzeichner - PRC: C242/Feld 7187 und DTM: C507/Feld 2005 - für das Wundheilungsdatum vereinbart werden.

Aufbau Segmentgruppe SG8 – EDIFACT/MEDRUC:

SG8 – PRC –DTM – Wundheilungsdatum					
PRC					Prozeßbezeichnung
	C242		C		Identifikation der Prozeßart und –beschreibung.
		7187	M	an..17	Identifikation Angabe eines Prozesses oder eines untergeordneten Prozesses. z. B. WD = Wundheilungsdatum
DTM					Datum/Uhrzeit/Zeitspanne
	C507		M		Datum und/oder Uhrzeit oder Zeitspanne für die festgelegte Art zu Datum/Uhrzeit/Zeitspanne.
		2005	M	an..3	Datum/Uhrzeit/Zeitspanne, Qualifier Code, der dem Datum, der Uhrzeit oder der Zeitspanne eine bestimmte Bedeutung zuordnet. z. B. WD = Wundheilungsdatum
		2380	C	an..35	Der Wert eines Datums, eines Datums und einer Uhrzeit oder einer Zeitspanne in einer gegebenen Darstellung.
		2379	C	an..3	Formatqualifier Festlegung der Darstellung eines Datums, eines Datums und einer Uhrzeit oder einer Zeitspanne.

Die Berechnung der Mindestverweildauer, und damit die automatische Kontrolle der Abrechnung, kann mit dem oben beschriebenen Segment auf der Basis des Fallpauschalenkatalogs erfolgen.

Diesen Fall greift die AOK Suhl in einem Schreiben auf, in dem ein Krankenhaus aufgefordert wird, ab dem 1.4.1998 die Datenübertragung nach § 301 SGB V vorzunehmen, ansonsten müsse die Zahlung der Behandlungskosten verweigert werden. Gleichzeitig verweist die Krankenkasse aber auch daraufhin, daß für Fallpauschalen, die erst mit der Wundheilung abgeschlossen sind, diese Information ebenfalls zu übermitteln ist. Daß dies nach der vorliegenden Vereinbarung unmöglich ist, ergibt sich aus der Vereinbarung selbst. Eine Lösung dieses Problems ist auf der Basis der vorliegenden Datenübermittlungsvereinbarung nur in

der Form möglich, daß die Informationen über die Wundheilung in Papierform zusätzlich zu den Daten nach § 301 SGB V parallel an die Krankenkassen übermittelt werden. Dieses getrennte Verfahren kann weder im Sinne der Vorschriften des § 301 SGB V noch im Sinne der Datenübermittlungsvereinbarung sein, auch nicht im Sinne der Vereinfachung und Verkürzung der administrativen Arbeiten.

In dem Entwurf der 3. Fortschreibung der § 301-Vereinbarung ist mit Nachtrag 42 in die Nachrichtenart „Rechnung“ in dem Segment „ENT“ Entgelt als Feld 7 der Tag der Wundheilung hinzugefügt. Diese Änderung soll zum 1.1.2001 gültig sein.

Ein weiteres Problem ist mit der Einführung des Euro zum 1.1.1999 entstanden. In den Nachrichtentypen der Vereinbarung, in denen Geldbeträge übermittelt werden (Rechnungsbeträge, Zahlungsbeträge), besteht keine Möglichkeit, die Währung für diese Beträge zu spezifizieren. Auch hier wäre der Rückgriff auf den Standard hilfreich und könnte das Problem der Währungsdarstellung lösen, da die unterschiedliche Währungsdarstellung in der entsprechenden Segmentgruppe MOA des EDIFACT–Standards berücksichtigt ist.

Aufbau Segment MOA – EDIFACT/MEDRUC

MOA					Zur Angabe eines Geldbetrages.
	C516		M		Geldbetrag in einer angegebenen Währung.
		5025	M	an..3	Geldbetragsart, Qualifier
		5004	R	n..18	Geldbetrag
		6345	R	an..3	Währung, codiert Währungseinheit. Verwende ISO 4217 3-Alpha-Code.

Im Fall der Währungsbezeichnung sieht der Entwurf der 3. Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 16.12.1999 vor, daß ein neues Segment „CUX“ für die

Beschreibung der Währung eingeführt werden soll; das Segment soll ab dem 1.1.2001 Verwendung finden.

Als problematisch in der Umsetzung hat sich auch das Verfahren zur Korrektur bzw. Stornierung von Nachrichten herausgestellt. Zwar ist grundsätzlich die Möglichkeit der Korrektur geschaffen. Dies gilt allerdings nur eingeschränkt für die Entlassungsmeldung. Eine irrtümliche Entlassungsanzeige kann z. B. nicht storniert werden. Es ist nur möglich, nach Abschluß der Behandlung die Entlassungsmeldung zur korrigieren. Dies ist allerdings in den Fällen von Langzeitbehandlungen z. B. einer psychiatrischen tagesklinischen Behandlung, die sich über bis zu 6 Monate erstrecken kann, nicht sinnvoll. Hier sollte die Möglichkeit geschaffen werden, ebenso wie die übrigen Nachrichtenarten, auch diese Nachrichtenart zu korrigieren. Weiterhin ist vom Ablauf her nicht geklärt, ob nach einer irrtümlichen Entlassungsanzeige weitere Kostenzusagen angefordert werden können bzw. wie in einem solchen Fall Zwischenrechnungen behandelt werden. Das mangelhafte Korrekturverfahren innerhalb der Datenübermittlungsvereinbarung ist ebenfalls auf die starre Haltung der Krankenkassen zurückzuführen; ein flexibles Fehler- und Korrekturverfahren hätte zwingend Auswirkungen auf die eigenen Datensysteme, insbesondere auf das Handling der eingehenden Nachrichten gehabt. Hier wären umfangreiche Programmieraufwendungen notwendig gewesen, um das gesamte Verfahren akzeptabel zu machen. Auch in diesem Fall haben die Krankenhäuser das Nachsehen.

Neben diesen ablauftechnischen Problemen ist der Text der Vereinbarung außerdem nicht klar und eindeutig formuliert, wie es für die Umsetzung einer Datenübertragung notwendig ist. In der Anlage 4 – Technische Anlage – heißt es unter Punkt 7.1:

„*Das Korrekturverfahren schafft die DV-technische Voraussetzung, um formal richtige, aber durch Erfassungs- oder Softwarefehler inhaltlich falsche Daten, die auch in Plausibilitätsprüfungen nicht als falsch erkannt werden, zu korrigieren oder zu stornieren. Es dient auch zur nachträglichen Übermittlung inhaltlicher Änderungen.*“

Diese Aussage widerspricht der Forderung unter 7.3.3, Fallstorno desselben Kapitels der Anlage 4. Hier heißt es, daß in den Fällen von „... – Softwarefehlern ...“ ein Fallstorno von dem Krankenhaus durchgeführt werden muß. Wenn eine Nachrichtenart für einen Patienten der geforderten Syntax der Vereinbarung entspricht, aber durch einen Softwarefehler z. B. ein falscher Betrag abgerechnet wird, so muß dies nicht zwangsläufig zu einer Fallstornierung führen, sondern kann im Rahmen einer Korrektur richtiggestellt werden. Insofern widersprechen sich die Aussage der Anlage 4 -Technische Anlage- 7.1 und 7.3.3.

Zwischenzeitlich liegen 2 Fortschreibungen zur Datenübermittlungsvereinbarung vor. Die 2. Fortschreibung enthält 17 Nachträge und die 3. Fortschreibung 56 Nachträge. Die Fortschreibungen zeigen, daß, wie in dieser Arbeit gefordert wird, sinnvoller gewesen wäre, von Anfang an die in der DIN 29735 festgelegten Strukturen der EDIFACT-Syntax bzw. das MEDRUC-System anzuerkennen, wie es für den Bereich der Fachkliniken (§ 301 Abs. 4 SGB V) vereinbart wurde. Da mit den beiden Fortschreibungen aber nicht grundsätzlich die Nachrichtenstruktur geändert wird, bleibt es bei folgenden Nachteilen:

1. Inflexibilität,
2. Hoher Änderungsaufwand,
3. Erhöhte Fehleranfälligkeit und
4. Höhere Kosten, da kein Standardconverter eingesetzt werden kann.

Unabhängig von den oben beschriebenen Problemen, die die tägliche Arbeit mit dieser Vereinbarung mit sich bringt, ist eine weitere wichtige Frage im Rahmen

der Abrechnung und Zahlung der Pflegesatzrechnung durch die Kostenträger nicht in der Datenübermittlungsvereinbarung gelöst. In der Pflegesatzvereinbarung eines Krankenhauses sind nach § 17 BPflV auch Regelungen über die Zahlungen und Zahlungsmodalitäten der Pflegesatzrechnungen zu treffen, um die Liquidität des Krankenhauses zu sichern und unnötig anfallende Zinsen zu vermeiden. Da in aller Regel die Pflegesatzrechnung nach der erfolgten Behandlung der Patienten erstellt wird, ist die Leistung durch das Krankenhaus bereits erbracht; das heißt, daß das Krankenhaus mit allen Kosten in Vorlage getreten ist. Insofern ist es von großer Bedeutung, daß die Pflegesatzrechnungen durch die Kostenträger unverzüglich nach Rechnungsstellung gezahlt werden. Die in der Pflegesatzvereinbarung getroffenen Regelungen über die Zahlungsweise der Krankenkassen, z. B. 14 Tage nach Rechnungsstellung, werden auf die Rechnung (Papierform) übernommen. Hier heißt es dann, daß die Rechnung mit Datum vom 1.4.98 bis zum 15.4.98 fällig ist. Sofern dieser Hinweis auf der Rechnung steht, ist es dem Krankenhaus möglich, ohne weitere Mahnung des Kostenträgers von dem genannten Tag an Verzugszinsen zu berechnen. Die Datenübertragungsvereinbarung sieht in den Nachrichtenarten, die die Rechnung, Zahlungserinnerung sowie Mahnung betreffen, keine Möglichkeit vor, dem Kostenträger die Fälligkeit der Rechnung mitzuteilen. Auch dies wurde in den Sitzungen (Testkreis 301) zwischen den Krankenkassen und der Krankenhausseite mehrfach vom Verfasser den Krankenkassen vorgetragen, allerdings erfolglos. Eine Lösungsmöglichkeit für das Krankenhaus besteht hier nur insofern, als es neben der elektronischen Rechnung nach § 301 SGB V dem Kostenträger mit gleichem Tag eine Rechnung in Papierform zustellt. Alternativ läßt das Krankenhaus den in der Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Zeitraum der Zahlungsfrist verstreichen und fordert erst dann in Papierform die Kostenträger zur Zahlung der offenen Rechnungen auf. Ein solches Verfahren dient nicht der Verwaltungsvereinfachung, die mit der automatischen

Übertragung der Verwaltungsdaten zwischen Krankenhaus und Kostenträger erreicht werden sollte.

1994 lag das Ausgabenvolumen für stationäre Behandlungen der GKV bei ca. 80 Mrd. DM (täglicher Aufwand ungefähr 220 Mio. DM). Unterstellt man einen Zinssatz von nur 3 % so verursacht eine um einen Tag verzögerte Zahlung der Pflegesatzrechnungen einen Zinsaufwand bei den Krankenhäusern in Höhe von ca. 6,5 Mio. DM . Bei einer Zahlungsverzögerung von 6 Tagen entspricht dies dem Budget (~ 39 Mio. DM) eines Krankenhauses mit ca. 200 Betten. Daher ist es aus Sicht der Krankenhäuser als ein Nachteil zu sehen, daß in den Bereich der Rechnungsstellung und Zahlung neue – unnötige - Hindernisse aufgebaut wurden, denn das Krankenhaus kann die ihm rechtmäßig zustehende Verzugszinsen nur mit einem zusätzlichen Verwaltungsaufwand geltend machen.

Ein Blick in die Standard Nachrichten von EDIFACT/MEDRUC zeigt, daß in dem Segment DTM – Day/Time ein Segmentqualifier –DTM – C507 – 2005 - „140 = Zahlungs- Fälligkeitsdatum “ existiert, der genau diesen Tatbestand der Fälligkeit einer Rechnung beschreibt. Bei Verwendung des EDIFACT/MEDRUC Standards wäre die Aufnahme dieses Segmentes nachträglich problemlos gewesen. Durch die nicht standardkonforme Lösung ist ein nachträglicher Einbau dieses Segmentes mit hohem Aufwand auf beiden Seiten verbunden.

Die oben beschriebenen Probleme zeigen deutlich, daß es sinnvoll gewesen wäre, sich bei der technischen Durchführung der Datenübertragung auf die international vorliegenden Standards (EDIFACT/MEDRUC/HL7) für die Datensatzstruktur und den Datentransport zu berufen und nur das Datenmodell und dessen Inhalte zu entwerfen, das den nationalen wie aber auch notwendigen internationalen (Minimum Basic Data Set) Erfordernissen entspricht und auch für zukünftige Ent-

wicklungen offen ist. Daß ein Datenmodell bei Änderungen variabel sein muß, haben allein schon die Entwicklungen und Änderungen der BPflV sowie die Einführung des Euro gezeigt. Gründe für den Widerstand der Kostenträger, nicht den EDIFACT/MEDRUC Standard zu verwenden, konnten nur insoweit aus den Äußerungen von deren Vertretern in den Sitzungen des Testkreises 301 abgeleitet werden, als daß die Programmierung in den einzelnen Kassen schon zu weit fortgeschritten sei und eine Umstellung zum damaligen Zeitpunkt (1996) mit einem zu hohen Kostenaufwand verbunden sei. Festzuhalten bleibt, daß auch zu Ende des 1. Quartales 2000 der Datenaustausch nur in vereinzelten Fällen funktioniert. Im übrigen wird die Frage des Informationsmodells, das für alle Bereiche des Gesundheitswesen angewendet werden kann und somit dem allgemeinen Wunsch nach mehr Transparenz Rechnung trägt, in einem späteren Kapitel noch einmal näher erörtert.

III. Weitere Informationspflichten des Krankenhauses

Neben den neuen Informationspflichten des Krankenhauses nach § 301 SGB V gibt es eine Reihe weiterer, schon seit mehreren Jahren bestehende, gesetzliche Vorschriften, die die Krankenhäuser verpflichten, den Kostenträgern oder anderen öffentlichen Stellen Daten und Informationen über die Struktur der Einrichtung bzw. über die Behandlung der Patienten der Einrichtung zur Verfügung zu stellen. Auch hier wird künftig verstärkt auf einen elektronischen Datenaustausch hingearbeitet. Die wichtigsten Informationspflichten sind nachfolgend beschrieben.

III.1. Bundespflegesatzverordnung

Die wohl wichtigste Informationspflicht des Krankenhauses neben den Informationspflichten des § 301 SGB V ist die jährliche - bzw. für jede Pflegesatzverhandlung fällige - Aufstellung der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung – LKA – nach § 17 Abs. 4 der BPflV. Die LKA gliedert sich derzeit in folgende drei Teile:

Tabelle 14: Gliederung der LKA

Kapitel und Inhalt LKA			Aggregationsebene	
			Kranken-haus	Abteilungs-ebene
V		Vereinbarte Vergütung		
	V1	Budget und tagesgleiche Pflegesätze	X	
	V2	Sonderentgelte für die Fachabteilungen		X
	V3	Fallpauschalen für die Fachabteilungen		X
	V4	Erlöse	X	
L		Leistungsdaten		
	L1	Belegungsdaten des Krankenhauses	X	
	L2	Personal des Krankenhauses	X	
	L3	Belegungsdaten der Fachabteilungen		X
	L4	Diagnosestatistik		X
	L5	Operationsstatistik		X

Kapitel und Inhalt LKA			Aggregationsebene	
			Kranken-haus	Abteilungs-ebene
K		Kalkulation von Budget und Pflegesätzen		
	K1	Vereinbarung über den laufenden Pflegesatzzeitraum	X	
	K2	Forderung für den Pflegesatzzeitraum	X	
	K3	Vereinbarung über den Pflegesatzzeitraum	X	
	K4	Medizinischer Bedarf	X	
	K5	Budget für den Pflegesatzzeitraum	X	
	K6	Ermittlung des Basispflegesatzes	X	
	K7	Ermittlung des Abteilungspflegesatzes		X
	K8	Kostenausgliederung für Fallpauschalen und Sonderentgelte		X

Mit den Daten aus der LKA erhalten die Krankenkassen zum einen zusammengefaßte Informationen über das Krankenhaus auf der Ebene des gesamten Krankenhauses, zum anderen aber auch Informationen auf der Ebene der einzelnen Abteilungen. Die Aufstellungen beinhalten Daten über das abgelaufene Geschäftsjahr, das laufende Jahr sowie über den Planungszeitraum mit Unterteilung in Forderung des Krankenhauses und Vereinbarung der Pflegesatzparteien. In diesen Daten sind die wesentlichen Informationen über das Krankenhaus je Periode enthalten, mit welchem pflegesatzfähigen Aufwand welche und wie viele Leistungen erbracht wurden bzw. erbracht werden sollen sowie die entsprechenden Erlöse. Es handelt sich bei den Informationen für den Planungszeitraum um kalkulierte Zahlen und Beträge, im übrigen um die Ist-Zahlen des Krankenhauses. Somit erhalten die Krankenkassen mit der L4-Statistik eine Aufstellung über alle aus den Abteilungen entlassenen Patienten, gegliedert nach Hauptbehandlungsdiagnose auf der Basis des ICD 9 sowie untergliedert nach Altersgruppen. Weiterhin ist in dieser Statistik je ICD - Schlüssel die durchschnittliche Verweildauer sowie die Anzahl der durchgeführten Operationen angegeben - insgesamt und je Altersgruppe. In der Operationsstatistik L5 sind alle durchgeführten operativen Eingriffe -Hauptoperationen- nach ICPM / OPS 301 pro Abteilungen aufgeführt, zusätzlich untergliedert nach Altersgruppen. Daneben ist auch die Anzahl der

durchgeführten weiteren Eingriffe darzustellen. Mit Hilfe dieser beiden Statistiken kann in grober Form die geleistete Arbeit sowie der Output des Krankenhauses bzw. der jeweiligen Abteilung dargestellt werden. Die Informationen über die durchgeführten Leistungen werden um die Statistiken V2 (Sonderentgelte je Fachabteilung) und V3 (Fallpauschalen je Fachabteilung) ergänzt. Durch diese Aufstellungen erhalten die Krankenkassen zusätzlich Informationen zu den erbrachten Fallpauschalen und Sonderentgelte (vgl. Kröger, 1998, S. 92 ff.). Hier lassen sich je nach Ausrichtung eines Krankenhauses oder einer Abteilung durchaus Quervergleiche mit den Daten aus L4 und L5 erstellen. Nur unzureichend, bzw. nicht, läßt sich mit den Statistiken nach V2, V3, L4 und L5 das Leistungsgeschehen für die Patienten beschreiben, die nicht operiert worden sind. Das liegt daran, daß in die L5 Statistik lediglich die operativen Eingriffe aufgenommen wurden, die dem Kapitel 5 des ICPM entsprechen. Warum der Verordnungsgeber nur das Kapitel 5 des ICPM´s in den LKA aufgenommen hat ist nicht nachvollziehbar. Der ICPM, der 1976 von der WHO erstellt wurde, gliedert sich in folgende Kapitel (vgl. ICPM (1), 1978, S. vi ff):

Tabelle 15: Gliederung des ICPM (WHO)

1. Procedures for medical diagnosis
2. Laboratory procedures
3. Radiology and certain other applications of physics in medicine
4. Preventive procedures
5. Surgical procedures
6. Drugs, medicaments and biological agents
7. Drugs, medicaments and biological agents
8. Other therapeutic procedures
9. Ancillary procedures

Mit der Aufnahme der übrigen Kapitel in die Leistungsstatistik des LKA wäre auch das Leistungsgeschehen der außerhalb der chirurgische Behandlung der Patienten darstellbar.

Die oben beschriebenen Daten und Informationen der LKA bilden auch die Grundlage für den gesetzlich vorgeschriebenen Krankenhausvergleich nach § 5 BPflV. Um die Arbeiten der Datenerhebung für den Krankenhausvergleich zu minimieren, sind im § 5 BPflV entsprechende Regelungen aufgenommen worden. Es heißt in § 5 Abs. 1 BPflV:

„ *In die Vereinbarung ist eine Regelung über den maschinellen Datenträgeraustausch von Daten der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung der Krankenhäuser sowie eine Regelung über die Anonymisierung der Daten vor ihrer Herausgabe für Vergleichszwecke aufzunehmen.*"

Und weiter heißt es in Abs. 2:

„*In den Krankenhausvergleich sollen insbesondere die Leistungen, die der letzten Budgetvereinbarung zugrunde liegenden Beträge und die Pflegesätze einbezogen werden.*"

Durch diese Bestimmungen soll es den Krankenkassen im Gegensatz zur Vergangenheit erleichtert werden, die Daten der LKA der einzelnen Einrichtung maschinell zusammenzutragen und die so vorliegenden Daten eigenen Analysen zu unterziehen. Der wesentliche Datenblock ist hierbei die Leistungsstatistik L4 und die Operationsstatistik L5 sowie V2 und V3. Bisher waren die Krankenkassen gezwungen, die Daten aus diesen Statistiken manuell auf dem eigenen Datensystem zu erfassen, um Vergleiche anstellen zu können. Künftig werden diese Daten entsprechend einer nach § 5 Abs. 1 BPflV zu schließenden Datenübermittlungsvereinbarung zum Krankenhausvergleich per Datenaustausch von den Krankenhäusern an die Kostenträger übermittelt. Dabei ist davon auszugehen, daß die L4/L5 Statistiken im Jahre 1999 automatisch in einer festen vereinbarten Datenstruktur

(EDIFACT / MEDRUC-Standard) an die Kostenträger übermittelt werden. Dadurch daß den Kostenträgern die Informationen über das Geschehen in dem Krankenhaus maschinell übermittelt werden, können Vergleiche zwischen den Krankenhäusern wesentlich leichter und vor allem zeitnaher erstellt werden. Dies gilt insbesondere, wenn kurzfristig Pflegesatzverhandlungen durchgeführt werden. In der zweiten Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Vertragsverhandlungen der Krankenhäuser auf der Orts- und Landesebene für 1997 vom 14.4.1997 heißt es hierzu:

„*...daß mit der Vereinbarung zur bundesweit standardisierten maschinellen Datenübermittlung der L4 und L5 Statistik für die Krankenkassen die Voraussetzung geschaffen wird, eine maschinell verwertbare Datenbasis zu nutzen, um für ein einzelnes Krankenhaus andere Krankenhäuser mit vergleichbaren Leistungen zu benennen. Diese Datenbasis läßt die Krankenkassenseite in Bezug auf die Erstellung eines Krankenhausvergleiches autark werden.*“ (Mohr e. a., 1997, S. 153 ff)

Anfang 1999 wurde die Vereinbarung zum § 5 BPflV von beiden Seiten akzeptiert und unterschrieben. (Auf die Einzelheiten des Krankenhausvergleichs wird in Kapitel III.6 noch einmal näher eingegangen.) Mit dem Abschluß dieser Vereinbarung und der Durchführung des Vergleiches liegen den Kostenträgern für alle Einrichtungen sämtliche Informationen aus dem LKA in der gleichen Struktur und in maschinenlesbarer Form vor. Somit liegen den Kostenträgern erstmals umfassende Informationen über das Leistungsgeschehen und die damit zusammenhängenden Kosten in einheitlicher, maschinenlesbarer Form vor. Sobald die ersten Auswertungen und Ergebnisse nach dieser Vereinbarung zur Verfügung stehen, entfällt für die Kostenträger der Aufwand, die Daten des LKA für jedes Krankenhaus zu erfassen, da diese, ebenso wie die Daten zum § 301 SGB V, nunmehr in einer fest strukturierten Form für jedes Krankenhaus vorliegen. Um so leichter wird es für die Krankenkassen dann, gezielte Analysen mit diesem Datenmaterial durchzuführen. Diese Tatsache ist für die Krankenhäuser auch deshalb von Be-

deutung, als es bisher auf der Ebene der DKG bzw. LKG nicht gelungen ist, eine einheitliche Vergleichsanalyse auch für die Leistungserbringerseite aufzubauen und somit ein Instrument zu schaffen, das dem einzelnen Krankenhaus in der Pflegesatzverhandlung entsprechend zur Seite gestellt werden könnte. Aus diesem Grund sind die Kostenträger den Krankenhäusern einen bedeutenden Schritt voraus, denn das Leistungsgeschehen wird für die Kostenträger durch die Übermittlung der Daten nach § 301 SGB V sowie nach § 5 BPflV im Zuge des Datenaustauschs deutlich übersichtlicher und transparenter. Gleichzeitig wird aber mit der automatischen Datenübertragung eine Asymmetrie der Informationen geschaffen. In den Verhandlungen verfügen die Krankenkassen sowohl über die Daten des Krankenhauses als auch die Daten von möglichen Vergleichskrankenhäusern. Dem Krankenhaus liegen lediglich die Daten des eigenen Hauses vor. Sofern die DKG in enger Zusammenarbeit mit den LKG keine Lösung für dieses Problem der Asymmetrie der Informationen herbeiführt, werden die künftigen Pflegesatzverhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen einseitig durch die Krankenkassen dominiert werden.

III. 2. Krankenhausstatistikverordnung - KHStatV

Neben den Daten der LKA, die den Kostenträgern zugeleitet werden, erhalten die Statistischen Landesämter seit 1991 in eingeschränkter und seit 1993 in vollständiger Form (vgl. § 9 KHStatV) die in der Krankenhausstatistikverordnung (BGBl. I 1990, S. 730) beschriebenen Daten. Die Erhebungsmerkmale sind in § 3 KHStatV festgelegt. Nach diesen Bestimmungen werden zum einen Strukturdaten über die einzelne Einrichtung (Akut Krankenhaus sowie Rehabilitationseinrichtung, Fachabteilungen, Ausbildungsstätten, Personal nach Berufsgruppen) sowie

Daten über die in der Einrichtung behandelten Patienten erhoben. In § 3 Abs. 14 – 17 KHStatV sind die wichtigsten Daten, die zu übermitteln sind, genannt:

14. *aus dem Krankenhaus entlassene vollstationär behandelte Patienten und Sterbefälle, gegliedert nach Geschlecht, Geburtsmonat und -jahr, Wohngemeinde, in den Stadtstaaten Stadtteile, Zu- und Abgangsdatum, ferner nach im Zeitpunkt der Entlassung bekannter Hauptdiagnose und der Angabe, ob im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert worden ist, sowie nach Fachabteilung mit der längsten Verweildauer,*
15. *entlassene teilstationär behandelte Patienten einschließlich Sterbefälle, gegliedert nach Geschlecht und Fachabteilung,*
16. *Entbindungen und Geburten nach Art und Zahl sowie Zahl der wegen Fehlgeburt und Komplikationen im Zusammenhang mit der Entbindung behandelten Frauen,*
17. *Pflegetage, Patientenzugang und -abgang, jeweils gegliedert nach Art und Zahl sowie nach Fachabteilung,*

Diese Informationen liegen seit 1991 bzw. 1993 den Statistischen Landesämtern vor. Um einen schnellen und reibungslosen Datenaustausch zu gewährleisten, wurde von den Statistischen Landesämtern eine Datensatzstruktur aufgebaut, die es ermöglichte, die Daten auf maschinenlesbaren Datenträgern zu übermitteln.

Die 70. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 20.–21. November 1997 empfiehlt in ihrer Entschließung Änderungen der KHStatV, die Daten aus der KHStatV zu einem besseren Instrument der Krankenhausplanung innerhalb der Länder, aber auch länderübergreifend zu machen. Insbesondere soll die KHStatV auch an die geänderte Gesetzgebung im Gesundheitsbereich angepaßt werden. Es heißt hier:

„*Im Sinne einer einheitlichen und auch von allen Beteiligten, insbesondere den Krankenhäusern leistbaren Krankenhausstatistik ist die Harmonisierung der Erhebungen, der Verarbeitung sowie der Auswertung und Aufbereitung aller Statistiken des Krankenhauses anzustreben.*“

Ziel der Empfehlung ist es, neben der Einheitlichkeit der Abteilungsbezeichnungen, basierend auf der Ärztlichen Weiterbildungsordnung, einen einheitlichen

bundesweiten Datenpool zu schaffen, aus dem künftig alle statistischen Auswertungen erstellt werden sollen. Darüber hinaus wird dem BMG empfohlen, den ICD 9 durch den ICD 10 für die Diagnosestatistik abzulösen. Um zeitnahe Auswertungen erstellen zu können, soll der Termin zur Abgabe der Daten aus den Einrichtungen auf den 15. Februar des Folgejahres vorgezogen werden. Dies wird mit der besseren Verfügbarkeit der EDV in den Einrichtungen begründet. Neben diesen Änderungen, die die Akutkrankenhäuser betreffen, sollen die Erhebungsdaten für die Rehabilitationseinrichtungen um die Diagnosestatistik und den Kostennachweis ausgeweitet werden.

Eine weitere wichtige Änderung für die Krankenhäuser ist die Empfehlung zur Änderung des § 7 Abs. 3 KHStatV. Bisher waren Auswertungen, die durch die oberste Landesbehörde zum Zwecke der Krankenhausplanung durchgeführt werden sollten und auf den Diagnosedaten des Krankenhauses basierten, von der Zustimmung des betroffenen Krankenhauses abhängig. Künftig soll es den planenden Landesbehörden möglich sein, solche Auswertungen ohne die Zustimmung des Krankenhauses durchführen zu können. Hierzu sollen die Statistischen Landesämter den Behörden folgende Daten übermitteln:

„*Krankenhaus ID, Fachabteilung, Verweildauer, Hauptdiagnose, OP in Verbindung mit der Hauptdiagnose, Art der Beendigung des KH-Aufenthaltes, Geschlecht, Altersgruppe, Wohnort, Fallzahl.*“ (Entwurf KHStatV)

Auch diese Empfehlungen zeigen deutlich, daß die Transparenz im Krankenhausbereich erhöht werden und den Planungsbehörden ein besseres, jederzeit verfügbares Instrumentarium an die Hand gegeben werden soll, um Überkapazitäten abzubauen und Unterversorgungen auszugleichen. Dieser Zielsetzung folgt auch die Ausweitung der Diagnosestatistik auf die Rehabilitationskliniken.

III.3. Pflege-Personalregelung – PPR

Mit dem GSG (Artikel 13) wurde auch die Pflege-Personalregelung in Kraft gesetzt. Diese Vorschrift sollte primär die personelle Situation im Pflegebereich in den Akutkrankenhäusern entsprechend § 1 Abs. 3 PPR verbessern. Der entsprechende Absatz lautet:

„(3) Ziel dieser Regelung ist, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientierte Pflege der stationär oder teilstationär zu behandelnden Patienten zu gewährleisten, die einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bedürfen."

Hierzu wurde ein Konzept erarbeitet und in der PPR umgesetzt, das vorsah, jeden stationär behandelten Patienten täglich nach den notwendigen medizinischen und pflegerischen Erfordernissen einer Pflegeklasse zuzuordnen. Das Klassifikationssystem der PPR sah insgesamt 9 unterschiedliche Klassen (A1/S1 – A3/S3) sowie die Klassifikation „Intensivpflege" und „nicht eingruppiert" vor. Den Pflegeklassen A1/S1 – A3/S3 sind jeweils eine bestimmte Anzahl von Pflegeminuten (Aufwand) zugeordnet.

Tabelle 16: Pflegestufen, Patientengruppen und Minutenwerte nach §§4,6 PPR

Allgemeine Pflege / Spezielle Pflege	A1 Grundleistungen	A2 Erweiterte Leistungen	A3 Besondere Leistungen
S1 Grundleistungen	A 1/S 1 = 52 Min.	A 2/S 1 = 98 Min.	A 3/S 1 = 179 Min.
S2 Erweiterte Leistungen	A 1/S 2 = 62 Min.	A 2/S 2 = 108 Min.	A 3/S 2 = 189 Min.
S3 Besondere Leistungen	A 1/S 3 = 88 Min.	A 2/S 3 = 134 Min.	A 3/S 3 = 203 Min

Für die Kinderkrankenpflege sind gemäß der Altersgruppen für kranke Neugeborene und Säuglinge, Kleinkinder und Schulkinder sowie Jugendliche entsprechende Minutenwerte festgelegt worden (vgl. § 9 und 10 PPR). In der Anlage 1 zu

PPR sind die Kriterien beschrieben, die die Klassifikation für die Eingruppierung der Patienten beschreiben. Ziel dieser Vorschrift war es, die Personalbemessung in der Pflege in den Akutkrankenhäusern auf eine gesicherte Basis, nämlich den Personalaufwand in der Pflege, zu stellen. Vorausgegangen war dieser gesetzlichen Vorschrift eine über 10 Jahre dauernde Diskussion zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, gemäß § 19 Abs. 1 des KHG Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern zu entwickeln. Insbesondere galt es hierbei auch, die seit 1969 gültigen Anhaltszahlen für den Pflegebereich im Krankenhaus zu überarbeiten (Schöning, 1995, S.13 ff). Da es zu keiner Einigung zwischen den Vertragsparteien kam, hat der Gesetzgeber im Rahmen des GSG die PPR in Kraft gesetzt. Neu war in der PPR gegenüber den bisherigen Gesetzen und Vorschriften, daß die Daten entweder auf einem maschinenlesbaren Beleg erfaßt und an die Krankenkassen abgegeben werden mußten oder alternativ auf maschinenlesbaren Datenträgern, Disketten oder Magnetbänder in einem festen, standardisierten Datenformat an die Krankenkassen weitergeleitet werden mußten. Mit dieser Vorschrift erhielten die Kostenträger erstmals flächendeckend von jedem stationär behandelten Patienten tägliche Informationen über die Pflegeintensität, die behandelnde Fachabteilung des Krankenhauses sowie die Hauptdiagnose, aufgrund welcher der Patient in dieser Fachabteilung behandelt wurde. Da diese Daten je Behandlungstag im Krankenhaus erhoben wurden, erhielten die Krankenkassen erstmals ein lückenloses Bild über die in den Krankenhäusern behandelten Patienten. Folgende Angaben enthielt der Datensatz, der an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen übermittelt wurde: IK des Krankenhauses, Patientennummer des Krankenhauses, behandelnde Fachabteilung, Altersgruppe, Pflegeintensität inkl. Intensivbehandlung und Diagnose (vgl. Anlage 5 PPR). Die Daten stehen auch heute noch allen Kostenträgern zur Verfügung. Daß die Krankenkassen nach wie vor auf die Daten der PPR zurückgreifen,

zeigen entsprechenden Untersuchungen (vgl. Gerste B., 1997, S. 227ff). Darüber hinaus werden die Daten der PPR auch heute noch in Pflegesatzverhandlungen als zusätzliche Datenquelle von den Krankenkassen herangezogen.

III.4. Risikostrukturausgleich – RSA –

Neben den bisher beschriebenen Vorschriften zur Übermittlung von Daten und Informationen von den Krankenhäusern an die Kostenträger sind auch die §§ 266, 267 SGB V, in denen der Risikostrukturausgleich geregelt wird, zu nennen. Hintergrund dieser gesetzlichen Bestimmung ist es, einen Finanzausgleich zwischen den einzelnen Krankenkassen auf Bundesebene zu erreichen, da die Zusammensetzung der Versicherten und damit auch die Struktur der Einnahmen und Ausgaben zwischen den einzelnen Krankenkassen unterschiedlich ist. Daraus ergeben sich zwangsläufig unterschiedliche Beitragssätze. Ziel dieses Risikostrukturausgleichs ist es, die Wettbewerbsunterschiede der gesetzlichen Krankenkassen bedingt durch die unterschiedliche Zusammensetzung der Versicherten auszugleichen (vgl. Gesetzesbegründung GSG, Zu Nummer 126, § 266). Diese Ausgleichswirkung wird von den einzelnen Kassen bejaht bzw. verneint, je nachdem, ob die einzelne Krankenkasse zu den „Zahlern“ bzw. zu den „Empfängern“ zählt.

Unabhängig von der bisher noch nicht beigelegten Diskussion, wie sinnvoll oder überflüssig der Risikostrukturausgleich ist, wurde im Jahr 1994 eine Rahmenvereinbarung zur Datenübermittlung für den Risikostrukturausgleich nach § 267 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft für den stationären Bereich abgeschlossen.

Diese Rahmenvereinbarung zur Datenübermittlung mußte für die Krankenhäuser mit Wirkung zum 1.1.1994 erstmals realisiert werden. Die Erhebungsbasis für die Datenübermittlung im Krankenhaus ist nach dieser Vorschrift eine Stichprobe, die sich durch eine spezielle Markierung auf der Krankenversichertenkarte des Patienten ergibt. Sofern ein im Krankenhaus stationär behandelter Patient zu dieser Stichprobe gehört, ist der Fall zu markieren; nach Ablauf des Quartals ist die Anzahl aller markierten Fälle je Krankenkasse mit der dazugehörigen Abrechnungssumme der Pflegesätze ohne Zuzahlungen und ohne Investitionszuschläge an die jeweilige Krankenkasse zu melden. Auf die Stichprobenzuordnung soll hier nicht weiter eingegangen werden, da diese von dem Krankenhaus nicht beeinflußt werden kann. Es soll an dieser Stelle auch nicht beurteilt werden, ob die Stichprobenzuordnung sinnvoll ist oder nicht. Wichtig für das Krankenhaus ist, daß es mit seinem EDV–System in der Lage ist, die Krankenversichertenkarte des Patienten einzulesen, und die entsprechenden Informationen der Karte im eigenen System zu speichern und den entsprechenden Patienten zu markieren.

Das Datenübertragungsverfahren ist ähnlich dem der Datenübertragung nach § 301 SGB V und entspricht wie diese Vereinbarung keinem internationalen Standard. Da es sich bei den zu übertragenden Daten um aggregierte und nicht personenbezogene Daten handelt, kann hier auf eine Verschlüsselung verzichtet werden. Ob und inwieweit alle Daten vollständig erhoben und an die Krankenkassen geliefert werden, kann nicht sicher festgestellt werden. Anders als bei der Übermittlung der Daten nach § 301 SGB V, erfolgt bei fehlender Lieferung der Daten keine Sanktion, d. h. die Zahlung der Pflegesatzrechnung wird nicht ausgesetzt.

Insgesamt ist es unverständlich, daß ein solches Verfahren zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen überhaupt vereinbart worden ist, da die Krankenkassen selbst über ihre sehr umfangreichen informationstechnischen Aus-

rüstungen längst in der Lage sein sollten, die Leistungen der stationären Behandlung ihrer Patienten aus den Rechnungen der Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen zusammenzustellen. Dies auch deshalb, da es ihnen nach § 284 Abs. 1 Nr.8 SGB V ausdrücklich erlaubt ist, die Daten für die Abrechnungen zu erheben und zu speichern. Insofern sind die Daten für den Risikostrukturausgleich lediglich ein Abfallprodukt der eigenen internen Abrechnung. Weiter sind die Krankenkassen nach § 79 SGB IV angehalten, *„Übersichten über ihre Geschäfts- und Rechnungsergebnisse sowie sonstiges statistisches Material aus ihrem Geschäftsbereich zu erstellen“*. Insofern sind sie gesetzlich gehalten, entsprechende Statistiken vorzubereiten.

Darüber hinaus sind die Krankenkassen nach § 305 SGB V verpflichtet , dem Versicherten auf Antrag Auskunft über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten zu erteilen. Insofern sind auch für diesen Fall, die Informationen über die entsprechenden Leistungen und deren Kosten von den Krankenkassen personenbezogen bereitzustellen.

Ein weiterer Grund, der die Übermittlung der Daten des RSA von den Krankenhäusern an die Krankenkassen überflüssig erscheinen läßt, ist in der Datenübermittlungsvereinbarung zum § 301 SGB V zu sehen. Alle Nachrichtenarten der Datenübermittlungsvereinbarung enthalten das Segment INV – Segment Information Versicherter –. Das Feld 1 ist die Nummer der Krankenversichertenkarte des Patienten und dient der Identifikation des Patienten bei der jeweiligen Krankenkasse. Das Feld 2 enthält die Information über den Versichertenstatus und damit auch darüber, ob der Patient der Stichprobe des RSA zuzurechnen ist oder nicht. In der Datenübermittlungsvereinbarung heißt es zu diesem Feld:

„Der Versichertenstatus (Schlüssel 12) enthält die Information über die Art der Versicherung (Mitglied/Familienmitglied/Rentner), über die Zugehörigkeit zu den

Stichprobenversicherten im Rahmen der Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich nach § 267 SGB V und über den „Ost/West-Status“. Der Versichertenstatus ist auf der Krankenversichertenkarte enthalten. (Leerstellen sind mit „0“ zu übermitteln.)
Ist der Versicherte in die Stichprobe für den Risikostrukturausgleich einbezogen, sind die Abrechnungsbeträge gemäß § 367 Abs. 5 SGB V für eine gesonderte Mitteilung an die Krankenkasse aufzubereiten. ..“

Den Krankenkassen stehen mit der Übermittlung der Rechnung im Rahmen der Datenübertragung nach § 301 SGB V auch die Informationen gemäß RSA zur Verfügung, da über die Versichertennummer der Karte des Patienten die Krankenkasse in der Lage sein sollte, den Versichertenstatus des Patienten in der eigenen EDV festzustellen und somit die Patienten, die der Stichprobe des RSA angehören, selbst zu ermitteln. Die Zusammenstellung der Daten der Patienten, die der Stichprobe des RSA angehören, kann somit von der Krankenkasse selbst geleistet werden. Dieses Beispiel zeigt ein weiteres Mal, daß die Sammlung von Informationen im Gesundheitswesen nicht systematisiert und aufeinander abgestimmt ist.

III.5. Unterschiedliche Informationspflichten für das Krankenhaus – unterschiedliche Daten- und Informationsstrukturen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß in den letzten 10 Jahren die Anforderungen an die Krankenhäuser, Daten über die Struktur der Einrichtung, die Behandlung der Patienten sowie wirtschaftliche Daten, Kosten und Erlöse an Krankenkassen und Landesbehörden weiterzugeben, deutlich gestiegen sind. Die neuen Vorschriften sind zum einen mit der notwendigerweise zu schaffenden Transparenz des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen begründet worden und zum anderen mit den immer stärker steigenden Ausgaben der GKV für die stationäre Behandlung von Patienten. Ausdrückliches Ziel des Gesetz- bzw. Ver-

ordnungsgebers war es immer, Möglichkeiten zu finden, den Kostenanstieg zu bremsen bzw. die Ausgaben absolut zu senken.

Grundsätzlich ist allerdings festzustellen, daß die einzelnen Vorschriften zur Datenerhebung und -übermittlung nicht aufeinander abgestimmt worden sind. So unterscheiden sich beispielsweise die Altersgruppen, nach denen in der PPR die Patienten zugeordnet werden, von denen in der L4 und L5 Statistik der LKA.

Altersgruppe	Jahre						
L4/L5	0 < 5	5 < 15	**15 < 40**	**40 < 65**	65 < 75	**75 und älter**	
PPR	0 < 5	5 < 15	**15 < 45**	**45 < 65**	65 <75	**75 < 85**	**85 und älter**

Sofern Auswertungen nach den Altersgruppen erstellt werden sollen, sind die Daten aus den grau hinterlegten Gruppen nicht mehr direkt vergleichbar. Den Kostenträgern stehen zwar aus jedem Bereich eine Menge Daten zur Verfügung, die gemeinsame Auswertung wird allerdings behindert. Gleiches gilt auch für die Codierung der Diagnosen. Wurde in der PPR der ICD 9 in der 3-stelligen Version verwandt, so ist die Statistik nach L4 auf der Basis des 4-stelligen ICD 9 abzugeben. Dies verwundert um so mehr, als vor Inkrafttreten der PPR in der Diagnosestatistik innerhalb des KLN (Kosten und Leistungsnachweis) die Diagnosenstatistik schon auf der Basis des 4-stelligen ICD 9 aufzustellen war. Daher ist es nicht zu vertstehen, warum in der PPR die im Krankenhaus verfügbaren Informationen des 4-stelligen ICD 9 nicht übernommen wurden. Am Beispiel des ICD 9 Schlüssels 428 zeigt sich deutlich, welche Informationen bei einer Verkürzung von dem 4-stelligen auf den 3-stelligen ICD 9 verloren gehen.

Tabelle 17: Diagnose ICD–9 428 Herzinsuffizienz

428.	**Herzinsuffizienz**	
	Ausschl.:	
	Postoperative	997.1
	Wenn bedingt durch medizinische Maßnahmen bei Abort, Extrauterin- oder Molenschwangerschaft, Wehen oder Entbindung	634 - 638 mit 4. Stelle .7, 639.8, 668.1, 669.4
	Wenn infolge Hypertonie	402.-
428.0	***Stauungsinsuffizienz***	
	Dekompensierte Herzinsuffizienz	
	Rechtsherzinsuffizienz (als Folge einer Linksherzinsuffizienz)	
428.1	***Linksherzinsuffizienz***	
	Akutes Lungenödem mit Angabe einer Herzkrankheit o.n.A oder einer Herzinsuffizienz	
	Linksherzversagen	
428.9	***N.n.bez. Herzinsuffizienz***	
	Herzdekompensation	
	Herzleistungsschwäche o.n.A	
	Insufficientia cordis	

(ICD 9, 1996, S. 319)

Bei dem Diagnoseschlüssel 428.x handelt es sich um den häufigsten bzw. zweithäufigsten Diagnoseschlüssel der Inneren Abteilungen.

In gleicher Weise sind die Codierungen für die Abteilungen im Rahmen der PPR neu definiert worden, obwohl eine Codierung der Abteilungen schon seit Bestehen der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) besteht. Die ersten 3 Stellen des Kostenstellenplanes der KHBV beschreiben die Abteilungen. Diese Einteilung der Abteilungen hätten durchaus zur Codierung der Abteilungen in der PPR herangezogen werden können. Sofern Abteilungen fehlen, sind diese Abteilungen in dem bestehenden Kostenstellenplan der KHBV zu ergänzen, da die neuen Abteilungen auch entsprechend der KHBV gebucht werden müssen. Im Rahmen der Datenübermittlungsvereinbarung des § 301 SGB V sind dann wieder neue Codierungen für die Abteilungen des Krankenhauses in 4-stelliger Form definiert worden (vgl. Schlüssel 6, Anlage 2 der Datenübermittlungsvereinbarung). Auch hier ist die Abweichung vom Kostenstellenplan der KHBV nicht verständlich. Die Empfehlungen der 70. Gesundheitsministerkonferenz sieht nunmehr vor, für die

KHStatV künftig die Abteilungsbezeichnung der Weiterbildungsordnung für Ärzte zugrunde zu legen. Die Weiterbildungsordnung für Ärzte zählt in dem § 2 WeitBiO die einzelnen Fachgebiete in alphabetischer Form auf. Eine systematische Struktur ist nicht zu erkennen. (vgl. Weiterbildungsordnung für Ärzte (WeitBiO), i.d.F. der Beschlüsse des 95. Deutschen Ärztetages 1992, geändert durch Beschluß des 100. Deutschen Ärztetages vom 20.3.1997)

Tabelle 18: Zusammenstellung Kostenstellenbezeichnungen

Abteilungs-bezeichnung	Allgemeine Interne Abkürzung	KHBV	§ 301 SGB V	KHStatV	PPR	Weiter-bildungs-ordnung
Innere	INN	931XXX	0100	INN	01	15
Chirurgie	CHI	941XXX	1000	CHI	03	7
Gynäkologie	GYN	953XXX	2400	GYN	08	9

Diese Beispiele zeigen, daß die derzeit gültigen gesetzlichen Bestimmungen, die den Krankenhäusern Informationspflichten gegenüber Krankenkassen und Statistischen Landesämtern oder sonstigen öffentlichen Behörden auftragen, schon in so einfachen Bereichen wie der Beschreibung der Abteilungen unverständlicherweise nicht aufeinander abgestimmt sind. Unabhängig davon, daß das einzelne Krankenhaus für die jeweiligen Statistiken immer unterschiedliche Merkmalsausprägungen beachten muß, führt dies letztendlich dazu, daß übergreifende (PPR/KHStatV/§ 301 SGB V) Auswertungen und Analysen erschwert werden oder unter Umständen aufgrund zu großer Unterschiedlichkeit der Merkmalsausprägungen gar nicht möglich sind.

Ein weiteres Beispiel für die vorgeschriebene Inkonsistenz von Daten ist zum einen die Darstellung der Einweisungsdiagnose und zum anderen die sonstigen Diagnosen (Aufnahme-, Entlassungs- und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen). Die Einweisungsdiagnosen der niedergelassenen Ärzte sind nach dem ICD 10, alle üb-

rigen Diagnosen nach ICD 9 zu verschlüsseln. Es ist aber hinreichend bekannt, daß eine Überleitung der Diagnosen von ICD 9 nach ICD 10 nur sehr schwer möglich ist. Da der ICD 10 schon bei Inkrafttreten des GSG, also 1993, vorlag, wäre es für den Gesetzgeber ein leichtes gewesen, für alle Bereiche des SGB V für die Darstellung der Diagnosen den ICD 10 generell zum amtlichen Schlüssel zu erklären. Ein Vergleich von Einweisungsdiagnosen und Aufnahmediagnosen sowie Entlassungsdiagnosen ist wegen der unterschiedlichen Klassifikationssysteme fast unmöglich. Erst mit Beginn des Jahres 2000 wurde der ICD 10 für den stationären Bereich als verbindliche Klassifikation bestimmt. Darüber hinaus werden bis zum heutigen Tage von den niedergelassenen Ärzten auf den Einweisungsscheinen die Diagnose nach ICD nicht verschlüsselt. Auch dieser Tatbestand ist angesichts der gewünschten Transparenz nicht mehr nachvollziehbar.

Deshalb können diese nicht aufeinander abgestimmte Vorschriften nur bedingt die geforderte und notwendige Transparenz im Gesundheitswesen schaffen. Zusätzlich tragen solche oben beschriebenen Regelungen wegen der fehlenden Abstimmung untereinander auch zu einer erheblichen Mehrarbeit innerhalb der Krankenhäuser bei, die bei einer entsprechenden Abstimmung der Gesetze und Vorschriften im Vorfeld durchaus hätten vermieden werden können. Hier wird sehr deutlich, daß insgesamt ein aufeinander abgestimmtes, systematisches Informationsmodell zur Darstellung der Strukturen, Arbeitsweisen, Inanspruchnahmen, Kosten und Ergebnisse des Gesundheitswesens fehlt. Dies liegt mit Sicherheit auch daran, daß viele unterschiedliche Partner mit zum Teils sehr gegenläufigen Interessen – Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Pflegeversicherungen, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Arbeit, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – eine wichtige Rolle im Gesundheitswesen spielen und daß die gesetzlichen Bestimmungen nicht innerhalb eines Gesetzbuches geregelt sind

sondern über die Sozialgesetzbücher V, VI, VII, und XI verteilt sind. Im Kapitel V dieser Arbeit wird der Versuch unternommen werden, ein einheitliches Informationsmodell für das Gesundheitswesen zu entwickeln, das in allen Bereichen des Gesundheitswesen einsetzbar ist und damit die Basis für die gewünschte und sicherlich notwendige sektorenübergreifende Transparenz schafft.

In der folgenden Tabelle sind noch einmal die wichtigsten Rechtsgrundlagen, Informationen und Empfänger der Daten zusammengestellt, die das Krankenhaus heute erfüllen bzw. erfassen und weiterleiten muß. Diese Übersicht zeigt deutlich, welche Informationsfülle schon heute von Seiten der Krankenhäuser den Krankenkassen oder der öffentlichen Verwaltung zur Verfügung gestellt werden muß.

Tabelle 19: Informationspflichten des Krankenhauses und ihre Rechtsgrundlagen

Rechtsgrundlage Jahr der in Kraft Setzung			Inhalt der Daten und Informationen	Art der Daten Einzel	kum.	Erhebung 100 %	Stichprobe	Klassifikationssysteme ICD 9	ICD 10	ICPM OPS 301	FP SE	Empfänger der Daten Bund	Land	Kosten Träger	Datenherkunft Einrichtung	Abt.	Patient Pat. Nr. Einr.	Vers. Nr.
§ 301 SGB V	1.		Aufnahme	X		X		X	X					X			X	X
1993	2.		Verlängerung	X		X		X						X			X	X
	3.		Medizinische Begründung	X		X								X			X	X
	4.		Entlassung	X		X		X		X				X			X	X
	5.		Rechnung	X		X		X		X	X			X			X	X
BPflV '95	1.	V1	Budget und tagesgleiche Pflegesätze			X								X	X			
1995	2.	V2	Sonderentgelte für die Fachabteilungen			X					X			X	X	X		
	3.	V3	Fallpauschalen für die Fachabteilungen			X					X			X	X	X		
	4.	V4	Erlöse			X								X	X			
	5.	L1	Belegungsdaten des Krankenhauses			X								X	X			
	6.	L2	Personal des Krankenhauses			X								X	X			
	7.	L3	Belegungsdaten der Fachabteilung			X								X	X	X		
	8.	L4	Diagnosestatistik L4		X	X		X						X	X	X		
	9.	L5	OP-Statistik L5		X	X				X				X	X	X		
	10.	K1	Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum			X								X	X			
	11.	K2	Forderung für den Pflegesatzzeitraum			X								X	X			
	12.	K3	Vereinbarung über den Pflegesatzzeitraum			X								X	X			
	13.	K4	Medizinischer Bedarf			X								X	X			
	14.	K5	Budget für den Pflegesatzzeitraum			X								X	X			
	15.	K6	Ermittlung des Basispflegesatzes			X								X	X			
	16.	K7	Ermittlung des Abteilungspflegesatzes			X								X	X	X		
	17.	K8	Kostenausgliederung für Fallpauschalen und Sonderentgelte			X								X	X	X		

Rechtsgrundlage			Inhalt der Daten und Informationen	Art der Daten		Erhebung		Klassifikationssys- teme				Empfänger der Daten			Datenherkunft			
Jahr der in Kraft Setzung				Einzel	kum.	100 %	Stich- probe	ICD 9	ICD 10	ICPM OPS 301	FP SE	Bund	Land	Kosten Träger	Einrichtung	Abt.	Patient Pat. Nr. Einr.	Vers. Nr.
	18.		Anhang 1 - Bettenführende Abteilungen			X								X	X	X		
	19.		Anhang 2 - Fußnoten			X								X	X			
	20.	Z1	Abschreibungen auf Anlagegüter			X								X	X			
	21.	Z2	Rücklage			X								X	X			
	22.	Z3	Zinsen für Fremdkapital			X								X	X			
	23.	Z4	Zinsen für Eigenkapital			X								X	X			
	24.	Z5	Kalkulation der zusätzlichen Investitions- kosten nach § 8			X								X	X			
KHStatV	1.		§ 3 Abs. 3 Planbetten, aufgestellte Betten nach Fachabteilung	X		X		X					X		X	X		
1991	2.		§ 3 Abs. 4 Einrichtungen der Intensivme- dizin, Querschnittsgelähmter, Schwer- brandverletzter	X		X		X					X		X	X		
	3.		§ 3 Abs. 7Zahl und Art der teilstationären Plätze - (Tag / Nacht)	X		X		X					X		X	X		
	4.		§ 3 Abs. 8 Art der nichtbettenführenden Fachabteilungen	X		X		X					X		X	X		
	5.		§ 3 Abs. 10 Art und Zahl der Plätze der Ausbildungsstätten (§ 2 Abs. 1a KHG)	X		X		X					X		X	X		
	6.		§ 3 Abs. 11 - 12 ärztliches, nichtärztli- ches Personal	X		X		X					X		X	X		
	7.		§ 3 Abs. 13 ärztliches, nichtärztliches Personal umgerechnet in VK für den Pfle- ge- und unktionsbereich	X		X		X					X		X	X		
	8.		§ 3 Abs. 14 entlassenen vollstationäre Patienten gegliedert nach Geschlecht, Geburtsmonat und -jahr, Aufnahme- Entlassungsdatum, Hauptdiagnose, Ope-	X		X		X					X		X	X	X	

Rechtsgrundlage		Inhalt der Daten und Informationen	Art der Daten		Erhebung		Klassifikationssys-teme				Empfänger der Daten			Datenherkunft			
Jahr der in Kraft Setzung			Einzel	kum.	100 %	Stich-probe	ICD 9	ICD 10	ICPM OPS 301	FP SE	Bund	Land	Kosten Träger	Einrichtung	Abt.	Patient Pat. Nr. Einr.	Vers. Nr.
		ration ja / nein, Abteilung mit der läng-sten Verweildauer															
	9.	§ 3 Abs. 15 entlassenen teilstationäre Patienten gegliedert nach Geschlecht und Abteilung	X		X		X					X		X	X	X	
	10.	§ 3 Abs. 16 Entbindungen und Geburten nach Art und Zahl sowie Zahl der wegen Fehlgeburt und Komplikationen im Zu-sammenhang mit der Entbindung behan-delten Frauen	X		X		X					X		X	X		
	11.	§ 3 Abs. 17 Pflegetage, Patientenzugang und -abgang, jeweils gegliedert nach Art und Zahl sowie nach Fachabteilung	X		X		X					X		X	X		
	12.	§ 3 Abs. 18 Kosten und Abzüge nach der Bundespflegesatzverordnung, gegliedert nach Arten	X		X		X					X		X			
§ 267 SGB V – RSA – 1993	1.			X		X							X	X			
PPR 1993	1.	Daten wurden für den Zeitraum 1.1.1993 – 31.12.1996 einschließlich abgegeben	X		X		X						X			X	

III.6 Vorteile durch die Umsetzung der Vorschriften des § 301 SGB V und der sonstigen Datensammlungen im Krankenhaus

In den vorausgegangen Kapiteln konnte gezeigt werden, daß die Umsetzung der Bestimmungen des § 301 SGB V sowie die darauf basierende Datenübermittlungsvereinbarung von den Krankenhäusern einen hohen Arbeitsaufwand erfordern. Es ist daher zu überlegen, ob die hier zu leistenden Arbeiten für das Krankenhaus selbst nicht auch vorteilhaft genutzt werden können. Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund zu sehen, daß das Krankenhaus weitere Daten außerhalb der Datenübermittlung nach § 301 SGB V an externe Stellen übermitteln muß. Die Vorschriften des § 301 SGB V sowie aus der Vereinbarung verpflichten das Krankenhaus erstmals, zeitnah administrative, abrechnungstechnische und medizinische Daten über die in der Einrichtung behandelten Patienten zu erheben, und zwar zum Zeitpunkt der Aufnahme, während der Behandlung und zum Zeitpunkt der Entlassung. Verallgemeinert kann man sagen, daß der Input – Aufnahme des Patienten –, der Prozeß – Behandlung und Therapie – sowie der Output – Entlassung des Patienten – in standardisierter, klassifizierender Form beschrieben und erhoben wird. Schematisch ergibt sich daraus folgende Darstellung:

Abbildung 6: § 301 als Input – Prozeß – Output

Patienteninformationen Auf der Basis der Daten nach § 301 Abs. 3 und 4 SGB V		
Input	Prozeß	Output
Allgemeine Daten		
Alter		
Geschlecht		
Mitglied/Familienmitglied/Rentner		
Datum, Zeit		Datum, Zeit
Medizinische Daten		
	OP- Datum	
	Operationsschlüssel nach ICPM/OPS 301	
	Tag der Entbindung	
Einweisender Arzt, Arztnummer (KV)	Fallpauschale(n)	Über-/aufnehmende Institution, Institutionskennzeichen
Überweisenden Institution Institutionskennzeichen	Sonderentgelt(e)	
Notfall, veranlassende Stelle	Durchgeführte Reha-Maßnahmen (Schlüssel 2, entspricht KTL des VdR)	
Einweisungsdiagnose ICD 10	Verlängerungsdiagnose ICD 9 abteilungsbezogen	
Aufnahmediagnose ICD 9	Dauer der Verlängerung abteilungsbezogen	Entlassungsdiagnosen ICD 9 aus dem Krankenhaus
		Sowie Behandlungsdiagnose(n) **je** behandelnder Abteilung
Geplante/voraussichtliche Dauer der stationären Behandlung		Dauer der Behandlung **je** Abteilung
	Diagnose und Dauer der Arbeitsunfähigkeit	Diagnose und Dauer der Arbeitsunfähigkeit
Aufnehmende Abteilung (Schlüssel 6)		Art und Höhe der Erlöse **je** Abteilung
Grund der Aufnahme Schlüssel 1		
		Grund der Entlassung (Schlüssel 5)

Mit den oben beschriebenen Daten erhält das Krankenhaus als „Abfallprodukt“ nach der Umsetzung der Vereinbarung über die Datenübermittlung nach § 301 SGB V eine sehr zeitnahe, alle Patienten umfassende, strukturierte und standardisierte Information und Dokumentation. Diese Informationen lassen sich aufteilen in solche, die die Beziehung des Krankenhauses zu den Kostenträgern und den externen Einweisern beschreiben bzw. solche Daten, die den Patienten sowie den Behandlungsgrund (Input), die Behandlung des Patienten (Prozeß) sowie die Art und Form der Entlassung (Output) des einzelnen Patienten beschreiben.

So ist z. B. eine Einweiserstatistik sehr einfach zu erstellen; diese kann auch nach Alter, Geschlecht bzw. Aufnahmediagnose gruppiert werden. Sobald aus dem niedergelassenen Bereich zwingend die im Gesetz vorgesehene Angabe der Einweisungsdiagnose nach ICD 10 erfolgt und das BMG den ICD 10 für die Krankenhäuser als verbindlich erklärt, sind auch Auswertungen über die Abweichung von Einweisungs- und Aufnahmediagnosen für die Krankenhäuser aber auch für die Krankenkassen möglich. Nicht verständlich ist, daß bis zum heutigen Tag diese gesetzlich vorgeschriebenen Informationen noch nicht von den niedergelassenen Ärzten übermittelt werden müssen. Immer noch wird auf dem Einweisungsschein für das Krankenhaus von den Ärzten die Einweisungsdiagnose im Klartext vermerkt. Einen Codierung nach ICD 10 ist derzeit noch nicht in Sicht. Insofern ist folgende Forderung des § 301 SGB V Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, *„ den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose …“* zu übermitteln, bisher nicht von Seiten der einweisenden Ärzte erfüllt.

Neben Auswertungen, die das Verhältnis zwischen Krankenhaus und einweisenden Ärzten beschreiben, sind Analysen über den eigenen internen Krankenhausbetrieb wichtig. So kann auf der Basis der Daten nach § 301 SGBV in allen operativen Abteilungen kontrolliert werden, wie lange z. B. die Liegezeit zwischen Aufnahme und OP-Tag, bzw. OP-Tag bis zur Entlassung ist. Weiterhin kann kontrolliert werden, wie sich die Liegezeit bei ausgesuchten Diagnosen unter Nebenbedingungen (Nebendiagnosen) oder Alter und Geschlecht verändert. Mit solchen Auswertungen erhält das Krankenhaus Informationen, die für die interne Steuerung von Abläufen (Prozeßsteuerung) bzw. die Vorhaltung der notwendigen Ressourcen wichtig sind.

Wichtig ist für das Krankenhaus darüber hinaus eine Verknüpfung dieser Daten mit den Ergebnissen aus der Kosten- und Leistungsrechnung bzw. anderen Stati-

stiken (L4/L5), die das Krankenhaus erstellen und im Rahmen der Pflegesatzverhandlung an die Kostenträger übermitteln oder aufgrund der Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) an die Statistischen Landesämter weiterleiten muß. Die systematische Aufbereitung und Verknüpfung dieser Daten ist daher für die Ablaufsteuerung und Einsatzplanung des Krankenhauses intern von großer Bedeutung. In der folgenden Tabelle sind eine Reihe von möglichen Auswertungen beschrieben, die das Krankenhaus periodisch aus den aufgezeichneten Daten erstellen sollte, um mit diesen Analysen zum einen den internen Ablauf permanent zu kontrollieren, Reibungsverluste in der täglichen Arbeit zu erkennen und zu beseitigen und zum anderen eine bessere Grundlage für die jeweiligen Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenkassen zu erstellen. Die folgende Tabelle enthält mehr als 150 mögliche Auswertungsbeispiele.

Tabelle 20: Mögliche Auswertungen

Art, Inhalt und Datenherkunft der Auswertung		Sortier- und Auswahlkriterien								
		alle	Abt.	Pat.	Alter	Geschlecht	FP	SE	ICD	ICPM
1 Diagnosestatistiken										
	Entlassungsdiagnose									
1	L 4 nach BPflV	X								
2	Top 30 nach Häufigkeit der Nennung und je Periode	X	X		X	X	X	X	X	X
3	Top 30 nach Anzahl der Behandlungstage je Periode	X	X		X	X	X	X	X	X
4	Top 30 nach OP – Frequenz je Periode	X	X		X	X	X	X	X	X
5	Einweisungsdiagnose <> Aufnahmediagnose <> Entlassungsdiagnose	X	X		X	X	X	X	X	X
6	Geplante Aufnahmen	X	X		X	X	X	X	X	X
7	Notfälle	X	X		X	X	X	X	X	X
2 OP-Statistik										
1	L 5 nach BPflV	X			X					
2	Top 30 – Haupteingriff – nach ICPM/OPS-301 – nach der Häufigkeit der Nennung Periode	X	X		X	X	X	X	X	X
3	Top 30 – Haupteingriff – nach ICPM/OPS-301 – Anzahl der Behandlungstage Periode	X	X		X	X	X	X	X	X
4	Verweildauer von Aufnahme bis OP	X	X		X	X	X	X	X	X
5	Verweildauer von OP bis Entlassung	X	X		X	X	X	X	X	X
3 Verbrauchsstatistiken										
	Voraussetzung :									
	1. Patientenbezogene Leistungserfassung									
	2. Innerbetriebliche Leistungsverrechnung									
1	Radiologieleistungen	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Laborleistungen	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Physiotherapieleistungen	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Sonstige Leistungen Funktionsdiagnostik	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Art, Inhalt und Datenherkunft der Auswertung	Sortier- und Auswahlkriterien								
	alle	Abt.	Pat.	Alter	Geschlecht	FP	SE	ICD	ICPM
4 Abteilungsstatistiken – bettenführende Abteilungen -									
1 Erlöse	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2 Kosten	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1 Personalkosten nach Dienstarten	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1 Ärztlicher Dienst	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2 Pflegedienst	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3 Funktionsdienst	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4 Wirtschafts- und Versorgungsdienst	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2 Sachkosten nach Kostenarten	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1 Medizinischer Bedarf	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2 Wirtschafts- und Versorgungsbedarf	x	x				x	x	x	x
3 Wasser, Energie, Brennstoffe	x	x				x	x	x	x

Wie schon oben dargestellt, ist eine gleichzeitige Betrachtung der Daten wegen Inkompatibilität der einzelnen Merkmale in einigen Fällen nicht oder nur sehr schwer möglich. Es ist daher für das Krankenhaus unabdingbar, die zu erhebenden Daten im Vorfeld zu analysieren und in der eigenen Datenbank so aufzubereiten, daß die unterschiedlich geforderten Merkmalsausprägungen, wie z. B. die Abteilungsbezeichnung oder Altersgruppeneinteilung, in der eigenen Datenbank einheitlich enthalten sind und erst bei der Abgabe (Export) der Daten an den jeweiligen Empfänger die geforderte Merkmalsausprägung in den entsprechenden Datensatz eingestellt wird. Intern ist es dann möglich, die Daten nach einem einheitlichen Schema auszuwerten (z. B. Abteilungsschema nach KHBV).

Sofern Auswertungen möglich sind, erscheint es sinnvoll, eine periodische Überwachung einzelner Parameter und Kennziffern durchzuführen, um möglichst frühzeitig z. B. Änderungen des Patientengutes, der häufigsten Diagnosen, Operationen, Verweildauer, Kosten je Fall und Diagnose unterteilt nach Kostenarten, Notfalleinweisungen zu erkennen. Hierzu gehört auch die „Überwachung" der einweisenden niedergelassenen Ärzte (z. B. Einweisungsdiagnose versus Aufnahmediagnose, Anteil Notaufnahmen an Wochenenden und Feiertagen, Häufigkeitsverteilung der Einweisungsdiagnosen je einweisendem Arzt)

Diese Daten und Dokumentationen sind auch sehr hilfreich, wenn der medizinische Dienst der Krankenkassen in den Einrichtungen Prüfungen nach § 112 Abs. 2 SBG V – Fehlbelegung - durchführt. Das Krankenhaus ist mit diesen Daten in der Lage, sich selbst umfangreich auf eine solche Prüfung vorzubereiten, aber auch Schwachpunkte in der eigenen Einrichtung zu erkennen. Insbesondere werden bei einer solchen Analyse auch wesentliche Mängel in der Dokumentation der Einrichtung deutlich. Häufigste Fehlerquellen sind die nicht ordnungsgemäße Verwendung der Klassifikationssysteme und ihre nicht einheitliche Handhabung innerhalb einer Einrichtung bzw. innerhalb einer Abteilung. Sofern Probleme der Verschlüsselung zu lösen sind, kann der „Leitfaden zur medizinischen Basisdokumentation nach § 301 SGB V“ (vgl. Zaiß, 1997) eine wertvolle Hilfe sein. Dieser Leitfaden greift die schon in dem Forschungsbericht: Gesundheitsforschung aus dem Jahre 1988, Band 135, des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung aufgestellten Leitsätze zur Verschlüsselung von Diagnosen auf. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, daß der hier schematisch dargestellte Ablauf des Datenflusses grundsätzlich noch Bestand hat und die eigene Einrichtung anhand dieses Ablaufplanes ihre eigene Ablauforganisation überprüft und bei Bedarf entsprechend modifiziert (vgl. Klar (2) et. al., 1997, S. 678). Die Datenmenge und die Art der Daten hat sich allerdings gegenüber den im Forschungsbericht beschriebenen erheblich vergrößert. Wesentlich für die Qualität der Daten ist allerdings die permanente Kontrolle der erhobenen Daten (vgl. Klar (1) et al.,1996, Kapitel 5). Neben den notwendigen Arbeiten zur Datenerhebung ist in diesem Forschungsbericht in Kapitel 7 dargelegt, wie die erhobenen Daten für zusätzliche eigene interne Auswertungen genutzt werden können, um aus den erhobenen Daten weitergehende Erkenntnisse für die eigene Einrichtung zu erhalten.

Daß die gesetzlich vorgeschriebene Verschlüsselung und Dokumentation der Diagnosen und Operationen in Deutschland bisher allgemein sehr nachlässig ge-

handhabt wurde beklagt auch Klar. Er weist zudem auch darauf hin, daß die Ergebnisse einer solchen Dokumentation sehr gut im Rahmen der Qualitätssicherung und bei Maßnahmen zur wirtschaftlichen Steuerung der Einrichtung einsetzbar sind (Klar (1),1996, S. B 844).

Ein weiterer Punkt, die eigenen Daten permanent aufzubereiten und zu kontrollieren, ist der vorgeschriebene Krankenhausvergleich nach § 5 BPflV. Auf dieser gesetzlichen Grundlage ist Anfang 1999 eine Arbeitsgemeinschaft von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen gebildet worden, der den gesetzlich geforderten Krankenhausvergleich umsetzen soll. Grundlegende Daten hierfür sind die Informationen, die die Krankenhäuser im Rahmen des LKA den Krankenkassen übermitteln. Zentrale Bedeutung haben hierbei die Leistungsstatistiken L4 –Diagnosestatistik- und L5 –Operationsstatistik-. Mit Hilfe dieser Statistiken sollen Gruppen vergleichbarer Einrichtungen und/oder Abteilungen gefunden werden. Methodisch wird hierbei folgender Weg beschritten. Anhand der L4-Diagnosestatistik wird für jede Abteilung die relative Häufigkeit der einzelnen ICD-Schlüssel ermittelt. Die sich hieraus ergebende Liste der relativen Häufigkeiten wird nach der Häufigkeit absteigend sortiert. Dieses Verfahren wird für alle Abteilungen aller Krankenhäuser sowie für die Summation der gesamte Gruppe durchgeführt. Entsprechend der Listen der relativen Häufigkeiten werden nun für alle Abteilungen jeder gegen jeden Distanzmaße berechnet. In der folgenden Abbildung ist die Funktion sowie die Rechenvorschrift gezeigt.

Abbildung 7: Distanzmaß

Distanzmaß für den Krankenhausvergleich nach § 5 BPflV

Funktion: Ein Maß zur Beschreibung der Gleichheit zweier Reihen (Prozentreihe) – Krankenhäuser / Abteilungen

Rechenvorschrift: Summe aller absoluten Differenzen zweier Reihen (ICD-Häufigkeit) dividiert durch 2

Bedeutung:



Auf der Basis der o. g. Rechenformel ist in der folgenden Tabelle für drei Abteilungen das Distanzmaß berechnet. Im ersten Beispiel ist das Ergebnis 0,197 im zweiten 0,415. Damit sind die Abteilungen des ersten Beispiels deutlich ähnlicher wie die Abteilungen des zweiten Beispiels. Der nächste Schritt ist nun, die Kosten der Abteilungen zu vergleichen und bei Unterschieden in der Kostenstruktur –auf der Basis des LKA – nach den Hintergründen für diese Unterschiede zu fragen.

Tabelle 21: Beispiel Berechnung Distanzmaß

Beispiel 1				
ICD	Abt. 1	Abt. 2	Diff.	Diff./2
414	0,205	0,130	0,075	0,038
428	0,183	0,135	0,048	0,024
427	0,140	0,106	0,034	0,017
250	0,119	0,112	0,007	0,004
303	0,086	0,065	0,021	0,011
436	0,044	0,070	0,026	0,013
780	0,037	0,060	0,023	0,012
410	0,024	0,093	0,069	0,035
401	0,021	0,082	0,061	0,031
440	0,017	0,036	0,019	0,010
Rest	0,123	0,112	0,011	0,006
Su	0,999	1,001		**0,197**

Beispiel 2				
ICD	Abt. 1	Abt. 3	Diff.	Diff./2
414	0,205	0,078	0,127	0,064
428	0,183	0,124	0,059	0,030
427	0,140	0,092	0,048	0,024
250	0,119	0,068	0,051	0,026
303	0,086	0,000	0,086	0,043
436	0,044	0,080	0,036	0,018
780	0,037	0,154	0,117	0,059
410	0,024	0,130	0,106	0,053
401	0,021	0,096	0,075	0,038
440	0,017	0,098	0,081	0,041
Rest	0,123	0,080	0,043	0,022
Su	0,999	1,000		**0,415**

Einen solchen Vergleich kann aber auch die einzelne Einrichtung mit den eigenen Daten erstellen, indem sie für Abteilung 1 z. B. die Daten für das Jahr 1997 der Inneren Abteilung nimmt und für die Abteilung 2 die entsprechenden Daten aus dem Jahre 1998. Das Ergebnis zeigt zum einen, ob die Patientenstruktur gleich geblieben ist, darüber hinaus kann dann auch ein Kosten- und/oder Erlösvergleich von Jahr zu Jahr erstellt werden. Diese Daten zeigen die Entwicklung der einzelnen Abteilung über die Zeit auf und können hilfreiche Argumente in Pflegesatzverhandlungen sein, insbesondere wenn sich die Patientenstruktur verändert hat. Ergänzt man diese Auswertung um die durchschnittlichen Fallerlöse je ICD Position und die durchschnittliche Verweildauer, so kann das Krankenhaus die wirtschaftliche Bedeutung und die Veränderung einzelner ICD für unterschiedliche Jahre aus einer solchen Auswertung ablesen. Eine solche Auswertung ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 22: ICD Häufigkeiten, Rangfolge, Anzahl, durchschnittliche Verweildauer, Erlös je Fall, Erlös je ICD, Distanzmaß

	Jahr 1							Jahr 2													Distanz
ICD	Rg	Anz.	Ant. %	VWD	Tage	Erl. / Fall	Erlös ICD	Rg		Anz.		Ant. %	VWD		Tage		Erl. / Fall		Erlös ICD		maß
								Jahr 2	Diff zu J 1	Jahr 2	Diff zu J 1		Jahr 2	Diff zu J 1	Jahr 2	Diff zu J 1	Jahr 2	Diff zu J 1	Jahr 2	Diff zu J 1	
410	1	55	7,01	5,51	303	3.361,37	184.875,35	2	1	49	-6	6,30	2,45	-3,06	120	-183	2.799,27	-562,10	137.164,23	-47.711,12	0,00355
428	2	54	6,88	8,09	437	6.537,63	353.032,02	3	1	48	-6	6,17	8,19	0,10	393	-44	7.890,01	1.352,38	378.720,48	25.688,46	0,00355
427	3	46	5,86	5,87	270	5.328,67	245.118,82	1	-2	56	10	7,20	12,20	6,33	683	413	13.217,51	7.888,84	740.180,56	495.061,74	0,00670
305	4	45	5,73	1,04	47	1.061,72	47.777,40	5	1	38	-7	4,88	1,03	-0,01	39	-8	1.374,41	312,69	52.227,58	4.450,18	0,00425
431	5	31	3,95	5,52	171	4.731,80	146.685,80	6	1	33	2	4,24	3,12	-2,40	103	-68	3.816,46	-915,34	125.943,18	-20.742,62	0,00145
977	6	23	2,93	2,22	51	2.527,81	58.139,63	9	3	19	-4	2,44	1,16	-1,06	22	-29	1.696,36	-831,45	32.230,84	-25.908,79	0,00245
303	7	21	2,68	1,14	24	993,24	20.858,04	15	8	11	-10	1,41	1,00	-0,14	11	-13	1.367,58	374,34	15.043,38	-5.814,66	0,00635
780	8	20	2,55	2,25	45	1.595,72	31.914,40	19	11	9	-11	1,16	1,22	-1,03	11	-34	1.544,41	-51,31	13.899,69	-18.014,71	0,00695
785	9	17	2,17	5,00	85	3.496,58	59.441,86	4	-5	40	23	5,14	8,35	3,35	334	249	8.343,70	4.847,12	333.748,00	274.306,14	0,01485
413	10	15	1,91	6,20	93	4.387,21	65.808,15	23	13	7	-8	0,90	2,86	-3,34	20	-73	3.099,88	-1.287,33	21.699,16	-44.108,99	0,00505
Zw.Su.		327	41,67		1.526		1.213.651,47			310		39,84			1.737				1.850.857,10		0,05515
436	11	15	1,91	3,07	46	3.025,56	45.383,40	12	1	14	-1	1,80	8,86	5,79	124	78	7.341,79	4.316,23	102.785,06	57.401,66	0,00055
414	12	12	1,53	5,67	68	3.953,68	47.444,16	7	-5	27	15	3,47	4,78	-0,89	129	61	5.816,60	1.862,92	157.048,20	109.604,04	0,00970
578	13	12	1,53	6,75	81	5.441,05	65.292,60	22	9	8	-4	1,03	5,00	-1,75	40	-41	3.576,20	-1.864,85	28.609,60	-36.683,00	0,00250
584	14	12	1,53	7,58	91	5.011,22	60.134,64	10	-4	17	5	2,19	11,06	3,48	188	97	10.365,35	5.354,13	176.210,95	116.076,31	0,00330
345	15	11	1,40	2,27	25	1.264,01	13.904,11	11	-4	15	4	1,93	1,73	-0,54	26	1	2.046,81	782,80	30.702,15	16.798,04	0,00265
038	16	10	1,27	17,30	173	13.509,57	135.095,70	16	0	10	0	1,29	2,40	-14,90	24	-149	2.282,09	-11.227,48	22.820,90	-112.274,80	0,00010
415	17	10	1,27	3,30	33	2.245,68	22.456,80	8	-9	22	12	2,83	13,68	10,38	301	268	10.970,34	8.724,66	241.347,48	218.890,68	0,00780
434	18	10	1,27	5,00	50	4.241,84	42.418,40	79	61	2	-8	0,26	12,00	7,00	24	-26	8.264,57	4.022,73	16.529,14	-25.889,26	0,00505
786	19	10	1,27	4,90	49	2.738,05	27.380,50	31	12	6	-4	0,77	16,17	11,27	97	48	8.144,49	5.406,44	48.866,94	21.486,44	0,00250
853	20	10	1,27	2,30	23	2.268,01	22.680,10	47	27	4	-6	0,51	5,25	2,95	21	-2	6.558,24	4.290,23	26.232,96	3.552,86	0,00380
Zw.Su.		112	14,25		639		482.190,41			125		16,08			974				851.153,38		0,03795
Su.		439	55,92		2.165		1.695.841,88			435		55,92			2.711				2.702.010,48		0,09310
		Rest	44,08									44,08									

Wichtig ist es daher für das Krankenhaus, die auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben zusammengetragenen Informationen umfassend für die eigene Betriebsführung und Steuerung aufzubereiten und zu nutzen, insbesondere um sicher zu sein, daß die Daten und Informationen, die an die externen Stellen abgegeben werden, die Einrichtung und ihre Abteilungen richtig abbilden.

Es ist daher eine der vordringlichsten Aufgaben der Einrichtung, darauf zu achten, daß die übermittelnden Daten auch das wirkliche Leistungsgeschehen widerspiegeln. Die Notwendigkeit einer intensiven Kontrolle der Daten und Schulung aller Beteiligten, bestätigt eine Studie aus dem Tessin aus dem Jahre 1998, in der die Codierung der AP-DRG der Krankenhäuser überprüft wurden. Hierbei mußte ein Drittel (!) nach der Kontrolle geändert werden (vgl. Handbuch APD-RG Schweiz, 1998, S.12). Im übrigen wird im Schlußkapitel der Arbeit noch einmal auf den Krankenhausvergleich eingegangen und auch nach der Richtigkeit des Ansatzes des Vergleiches gefragt.

IV. Weitere Datensammlungen im Bereich des Gesundheitswesens - ein Exkurs

Die in Kapitel III aufgezeigten Beispiele von Vorschriften zur Datenerhebung in einem Akutkrankenhaus und der Weitergabe dieser Daten an Dritte, vornehmlich an die Krankenkassen, haben gezeigt, daß das Akutkrankenhaus eine Vielzahl von Daten in unterschiedlicher Weise erhebt, aufbereitet und an Dritte übermitteln muß. Allein aus der bisherigen Darstellungen ergibt sich schon die Notwendigkeit, über ein einheitliches Informationsmodell nachzudenken. Allerdings darf dieses Informationsmodell nicht auf den Bereich des Akutkrankenhauses beschränkt bleiben, soll die gewünschte bzw. notwendige Transparenz im Gesundheitswesen wirklich geschaffen werden. Um dies näher zu verdeutlichen, soll in diesem Kapitel noch auf drei weitere Vorschriften zur Datenerhebungen und Datenübermittlungen im Gesundheitsbereich eingegangen werden. Näher erörtert wird die Datenübermittlung nach § 301 Abs. 4 SGB V (Reha-Kliniken) sowie die Datenerhebung und -übermittlung im Rahmen der Behandlung nach dem SGB VII – Unfallversicherungsträger. Das Kapitel wird mit einem Rückblick auf die Datenerhebung und Datensammlung in der ehemaligen DDR beendet, da hier zum Teil eine systematischere und einheitlichere Struktur der Dokumentation für den Bereich des Gesundheitswesens existierte.

IV.I. Die Datenübermittlung in den Fachkliniken § 301 Abs. 4 SGBV

Neben den Datenübermittlungsvorschriften für die Akutkrankenhäuser verpflichtet der § 301 Abs. 4 SGB V die Fachkliniken, Daten und Informationen über die behandelten Patienten an die Kostenträger zu übermitteln. Die Art der Daten und Informationen sind im wesentlichen identisch mit denen des § 301 Abs. 3 für die

Akutkrankenhäuser; aus dem Gesetzestext lassen sich direkt keine größeren Unterschiede herleiten. In der Gesetzesbegründung zu diesem Absatz heißt es:

„*Die Datenübermittlung nach Absatz 1 wird in verringertem Umfang entsprechend den Erfordernissen bei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen übernommen.*“ (vgl. BT-Drucksache 12/3608, zu Nr. 141, § 301, Absatz 4).

Neu ist allerdings, daß in der „Rahmenvereinbarung über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung von Daten zwischen den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 301 Abs. 4 SGB V) sowie der gesetzlichen Rentenversicherung (Datenübermittlung-Rahmenvereinbarung)“, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der Rentenversicherungsträger, dem Müttergenesungswerk und dem Bundesverband der Privatkrankenanstalten abgeschlossen worden ist, für den Bereich der Rentenversicherungsträger ein deutlich erhöhter Datenumfang vereinbart wurde, der auch über die in § 301 Abs. 4. SGB V hinausgeht. Art und Umfang der Datenübermittlung ist in § 2 der Datenübermittlung-Rahmenvereinbarung geregelt. Er lautet:

(1) Im Bereich der Krankenversicherung umfaßt die Datenübermittlung die bei stationärer Behandlung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 301 Abs. 4 SGB V Satz 1 erforderlichen Angaben:

1. die Angaben nach § 291 SGB V Abs. 2 Nr. 1 bis 6 SGB V
   1 Bezeichnung der Krankenkasse
   2 Familienname und Vorname des Versicherten
   3 Geburtsdatum des Versicherten
   4 Anschrift
   5 Krankenversichertennummer
   6 Versichertenstatus
   sowie das klinikinterne Kennzeichen des Versicherten,

2. das Institutionskennzeichen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und der Krankenkasse,

3. den Tag der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
4. bei ärztlicher Verordnung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen die Arztnummer des einweisenden Arztes,
5. den Tag, Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
6. die berechneten Entgelte und
7. die in den Anlagen 2 und 3 vereinbarten Angaben

(2) Im Bereich der Rentenversicherung umfaßt die Datenübermittlung bei stationärer und ambulant/teilstationärer Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen die folgenden für die Bewilligung, Durchführung und Abrechnung erforderlichen Angaben:
1. 1. die Bezeichnung des Rentenversicherungsträgers
2. das Institustionskennzeichen der Rehabilitationseinrichtung, des Rentenversicherungsträgers und der Krankenkasse,
3. Angaben zur Person
   1 Familienname und Vorname
   2 Geburtsdatum
   3 Anschrift
   4 Versicherungsnummer der Rentenversicherung, Maßnahmennummer, Berechtigungsnummer
   5 klinikinternes Kennzeichen
4. Angaben zur Rehabilitationsleistung
   1 den Tag der Aufnahme
   2 die Einweisungsdiagnose
   3 die bewilligte voraussichtliche Dauer der Behandlung
   4 Angaben bei Verlängerung der Behandlung (mit medizinischer Begründung)
   5 den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung
   6 Angaben über die Erbringung der Rehabilitationsleistung
   7 die sozialmedizinische Beurteilung durch die Rehabilitationseinrichtung (mit Ausnahme von Auftragsgeschäften)
   8 Vorschläge für die weitere Behandlung
   9 Kosten der Rehabilitationsleistung
5. die in den Anlagen 2 und 3 vereinbarten Angaben.

Diese Datenübermittlung-Rahmenvereinbarung nach § 301 Abs. 4 SGB V unterscheidet sich von der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V für die Akutkrankenhäuser dadurch, daß hier zwei unterschiedliche Kostenträgergruppen – die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger - angesprochen sind, und damit Regelungen aus zwei unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern zum Tragen kommen und zwar aus dem SGB V und dem SGB VI. Insofern ist auch der Umfang der zu liefernden Daten in § 2 dieser Vereinbarung getrennt genannt. Wesentliche Unterschiede sind die Punkte 6, 7, 8 des § 2 Nr. 4. Hier sind bei gleicher Indikation und Leistung deutlich mehr Daten an den Rentenversicherungsträger als an die Krankenkasse zu übermitteln, je nachdem wer Kostenträger ist. (Anmerkung: Durch die unterschiedliche Struktur und den Inhalt der zu übermittelnden Daten, sind die Fachkliniken gehalten, ihren Organisationsablauf auf diese Unterschiede einzustellen. Dies ist mit entsprechenden Kosten verbunden. Auch in diesem Bereich fehlt die Abstimmung. Die verschiedenen Anforderungen ergeben sich aus den unterschiedlichen Zuständigkeiten der Kostenträger SGB V – Krankenversicherung und SGB VI - Rentenversicherung. So sind die Datenübermittlungsvorschriften in dem 10. Kapitel des SGB V wesentlich klarer und detaillierter gefaßt als im SGB VI. In dem SGB V sind für die einzelnen Sektoren – ambulante Behandlung, stationäre Behandlung etc. - unterschiedliche und getrennte Regelungen getroffen. Und obwohl das SGB VI zu etwa der gleichen Zeit wie das SGB V neu entwickelt wurde, sind die Vorschriften der Datenübermittlung - speziell für den Bereich der medizinischen Rehabilitation - deutlich allgemeiner gefaßt. In § 148 Abs. 1 SGB VI heißt es:

„(1) Der Träger der Rentenversicherung darf Sozialdaten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung seiner gesetzlich zugewiesenen oder zugelassenen Aufgaben erforderlich ist. Aufgaben nach diesem Buche sind:

1. *die Feststellung eines Versicherungsverhältnisses einschließlich einer Versicherungsfreiheit oder Versicherungsbefreiung,*

2. *der Nachweis der rentenrechtlichen Zeiten,*
3. *die Festsetzung und Durchführung von Leistungen zur Rehabilitation,*
4. *die Festsetzung, Zahlung, Anpassung, Überwachung, Einstellung oder Abrechnung von Renten oder anderen Geldleistungen,*
5. *die Erteilung von Auskünften sowie die Führung und Klärung der Versicherungskonten*
6. *der Nachweis von Beiträgen und Erstattung.*

Im Bereich der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger werden seit den achtziger Jahren die Einleitung und Durchführung dieser Rehabilitationsmaßnahmen in standardisierter Form überwacht. Eine solche standardisierte Überwachung der Leistungserbringung und ihres Erfolges ist im Bereich des SGB V - Gesetzlichen Krankenversicherung - unbekannt. So ist der Entlaßbericht nach Beendigung einer solchen Maßnahme fester Bestandteil dieser Überwachung; allerdings gilt dies nur für die Rentenversicherungsträger.

Seit Beginn des Jahres 1997 ist dieser Entlaßbericht auf der Ebene der Rentenversicherungsträger unter Bezug auf § 2 Abs. 2 Nr. 6-8 der Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung gestaltet. Dessen Papierform gliedert sich wie folgt:

1. administrative Daten des Patienten,
2. Art der Entlassung, Arbeitsfähigkeit,
3. Diagnosen (Entlassung) ICD 9 in der von dem VdR modifizierten Form – bis zu 5 Stellen - mit Zusatz, Sicherheit, Behandlungsergebnis,
4. Ursache der Erkrankung, Arbeitsunfähigkeit,
5. Vorschläge für die weitere Behandlung,
6. sozialmedizinische Beurteilung (inkl. Arbeitsfähigkeit),
7. durchgeführte Therapiemaßnahmen nach Art und Anzahl auf der Basis der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL).

Der grundlegende Unterschied zur Entlassungsmitteilung nach § 301 Abs. 4 SGB V der Krankenkassen gegenüber den Rentenversicherungsträgern ist die ausführliche Beschreibung des Gesundheitszustandes des Patienten bei der Entlassung aus der Rehabilitationsmaßnahme sowie die im Rahmen der Rehabilitationsmaß-

nahme durchgeführten therapeutischen Leistungen. Darüber hinaus werden im Bereich der Krankenkassen auch nur die Daten der stationären Rehabilitationsmaßnahmen erfaßt, während im Bereich der Rentenversicherungsträger auch die teilstationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in gleicher Weise dokumentiert werden müssen.

Auf Grund der einheitlichen Gestaltung des Entlaßberichtes der Rentenversicherungsträger für einen Bereich, nämlich die medizinische Rehabilitation, verfügen diese über einen Datenpool, aus dem entsprechende Untersuchungen zur medizinischen Rehabilitation, wie z. B. zu den Fragen der Über-/Unterversorgung oder des Erfolges der Rehabilitationsmaßnahmen, durchgeführt werden können. Dies ist insbesondere auch hinsichtlich des einzelnen Leistungserbringers möglich. Daß solche Untersuchungen von dem VdR, insbesondere von der BfA schon seit Jahren durchgeführt werden, zeigt die Studie von Müller-Fahrnow „Sozial- und versorgungsepidemiologische Ansätze zur Kritik am System der medizinischen Rehabilitation“ aus dem Jahre 1995. Dort wird für die Rehabilitanden unter anderem ein 5-Jahreszeitraum nach einer medizinischen Rehabilitation dargestellt. Dabei wird unterschieden, ob die betroffenen Patienten durchgehend erwerbstätig, teilweise erwerbstätig, berentet wurden oder verstarben. (vgl. Müller-Fahrnow, 1995, S. 172 ff)

Im Bereich der BfA wurden seit Beginn der neunziger Jahre umfassende Studien zu der medizinischen Rehabilitation und deren Wirksamkeit insbesondere mit Blick auf die Erwerbsfähigkeit der Patienten erstellt. Als eine der wichtigsten Statistiken ist hier die „Reha-Verlaufsstatistik“ zu nennen, die seit 1990 routinemäßig von der BfA erstellt wird. Diese konnte angefertigt werden, weil die BfA als einziger Rentenversicherungsträger über einen bundesweit einheitlichen Entlaßbericht - Datensatz - verfügt. Darüber hinaus war es ihr möglich, Daten aus anderen

Bereichen ihres gesetzlich zugewiesenen Aufgabenbereiches, z. B. Rentenverläufe, in diese Untersuchungen mit einzubeziehen.

„*Ziel der Reha-Verlaufsstatistik ist es unter anderem, mit Hilfe der verlaufsorientierten Basisdaten die Planungs- und Entscheidungsgrundlagen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation zu verbessern und zu erweitern*“ (Müller-Fahrnow, 1995, S. 36).

Daran wird deutlich, daß auf der Basis standardisierter Daten, die über einen längeren Zeitraum in gleicher Weise erhoben werden, die Möglichkeit besteht, mehr Transparenz in dem Bereich der medizinischen Rehabilitation zu schaffen. Diese so geschaffene Transparenz kann dann zur Weiterentwicklung des medizinischen Rehabilitationssystems herangezogen werden. Auf der Basis der Reha-Verlaufsstatistik sind folgende feststehenden Auswertungsschemata von der BfA entwickelt worden:

1. Wiederholungsquote von Reha-Leistungen
2. Neuzugangsquote bei Reha-Leistungen
3. Sozialmedizinische Prognose nach Rehabilitation
4. Rehabilitationsanamnese bei Rentnern
5. Jährliche Abgangsquote von Pflichtversicherten
6. Abgangsquote eines Pflichtversichertenjahrgangs

Diese Statistiken werden jährlich fortgeschrieben (Müller-Fahrnow, 1995, S.37). Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, daß die BfA einmal je Versicherten über die einzelnen Daten der medizinischen Rehabilitation verfügt, aber auch über die sonstigen Daten aus der Sicht des Rentenversicherungsträgers. Insofern ist sie auch in der Lage solche Untersuchungen und Analysen durchzuführen. Allerdings wird mit Hilfe dieser Analysen nur ein kleiner Ausschnitt des Gesundheitswesen dargestellt, nämlich das Zusammenwirken von medizinischer Rehabilitation, inkl. Art und Umfang der Leistungen und der Erwerbsfähigkeit der Versicherten. Nicht gezeigt werden können mit diesen Statistiken die Zusammenhänge und Auswirkungen zwischen den Behandlungen im Rahmen des SGB V, des SGB

VI, des SGB VII sowie des SGB XI wie z. B. Art und Umfang der Chronifizierung von Krankheiten und deren Kosten.

Neben der Möglichkeit, Analysen mit Hilfe dieses Datenmaterials durchzuführen, können die Daten auch für den Bereich der Qualitätssicherung wertvolle Dienste leisten. Dies auch deshalb, weil sie in standardisierter, z. T. auch klassifizierender Form vorliegen. Wesentlich in diesem Zusammenhang ist die KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen). Mit diesem Leistungskatalog wurde für den Bereich der Rentenversicherungsträger erstmals ein einheitlicher Leistungskatalog vorwiegend für die physiotherapeutischen Leistungen erarbeitet, der die Leistungsmerkmale der einzelnen Leistungen eindeutig beschreibt wie z. B. Dauer der Behandlung, bei Gruppenbehandlung die Gruppengröße, Raum, technisches Gerät, Therapeut sowie dessen Ausbildung. Darüber hinaus werden Fragen der Qualitätssicherung zunehmend in allen Bereichen des Gesundheitswesens an Bedeutung gewinnen, sie können allerdings nur im Rahmen eines einheitlichen, standardisierten Informationsmodells beantwortet werden. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen werden von den Krankenkassen - SGB V, den Rentenversicherungsträgern - SGB VI und den Berufsgenossenschaften - SGB VII durchgeführt. Für alle Kostenträger ist daher die Frage der Wirksamkeit und Qualität sicherlich in gleicher Weise relevant. Insofern ist die Erarbeitung eines einheitlichen Informationsmodells nicht nur für den Bereich der medizinischen Rehabilitation, sondern für den gesamten Bereich des Gesundheitswesens – Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger und Pflegekassen - notwendig.

IV.2. Datenübermittlung im Rahmen des SGB VII – Berufsgenossenschaften

Einen in sich geschlossenen Bereich innerhalb des Gesundheitswesen bzw. der Sozialversicherungen stellt das SGB VII, die gesetzliche Unfallversicherung, dar. Im Rahmen dieses Sozialgesetzbuches werden medizinische Leistungen der Prävention (§ 24), der Heilbehandlung, Rehabilitation und Pflege im Versicherungsfall (§§ 26 ff) sowie Geldleistungen – Renten – (§§ 36 ff) erbracht. Insofern umfaßt das Leistungsspektrum des SGB VII die Leistungsbereiche des SGB V – Krankenversicherung -, SGB VI – Rentenversicherung – sowie SGB XI – Pflegeversicherung - (vgl. Anhang : Synoptische Übersicht der Leistungen innerhalb der Sozialgesetzbücher V, VI, VII, XI). Das SGB VII ist nach dem SGB XI, das 1994 verabschiedet wurde, das jüngste der Sozialgesetzbücher, es wurde am 7.8.1996 verabschiedet. Neu wurde im SGB VII, wie auch schon in den übrigen Sozialgesetzbüchern, der Bereich der Datenerhebung und Datenübermittlung in den §§ 199 ff SGB VII geregelt. Für den Bereich des SGB VII sind einige Bestimmungen grundsätzlich anders als in den übrigen Sozialgesetzbüchern.

Zentrale Bestimmung ist der § 26 Abs. 1 SGB VII, in denen den Unfallversicherungsträgern die Pflicht auferlegt wird, in einem Versicherungsfall dem Betroffenen „*mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig*“ zu helfen. Alle weiteren Vorschriften dieses Sozialgesetzbuches sind diesem Grundsatz unterzuordnen.

Mit der Einführung des SGB VII wurde die Stellung der Unfallversicherungsträger dahingehend gestärkt, daß es ihnen nunmehr auf der Basis des § 34 SGB VII erlaubt ist, die Voraussetzungen zu bestimmen, die erfüllt sein müssen, damit ein

Arzt oder Krankenhaus an der Versorgung von Unfallverletzten teilnehmen kann. In § 34 Abs. 1, Satz 2 und 3 heißt es:

„*Sie können zu diesem Zweck die von den Ärzten und Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen im Hinblick auf die fachliche Befähigung, die sächliche und personelle Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflichten festlegen. Sie können daneben nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens besondere Verfahren für die Heilbehandlung vorsehen.*“

Eine entsprechende Vorschrift fehlt in den übrigen Sozialgesetzbüchern. Zwar können die Unfallversicherungsträger niemanden von der Heilbehandlung ausschließen, der die Voraussetzungen erfüllt, allerdings ist es ihnen gestattet, die personellen, fachlichen und räumlichen Bedingungen für die Behandlungen, die zu Lasten der Unfallversicherungsträger erbracht werden, selbst, und zwar von der Seite des Zahlenden, zu bestimmen. Dieses Recht, die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Behandlung zu Lasten der Unfallversicherungsträger festzulegen, war diesen vor Inkrafttreten des SGB VII durch Vertrag zugestanden worden, und zwar auf der Basis des „Abkommen Ärzte Berufsgenossenschaften (Ärzteabkommen)“. Dieses Ärzteabkommen wurde zwischen dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V., dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften e.V., dem Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand e.V. und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossen. Hierin sind die Rechte und Pflichten der Ärzte geregelt, sofern ein Arzt an der Versorgung Unfallverletzter zu Lasten der Unfallversicherungsträger teilnehmen will.

Neben den persönlichen, fachlichen und sachlichen Voraussetzungen sowie den Dokumentationspflichten sind die Bestimmungen zur Häufigkeit der Behandlung von Unfallverletzten pro Jahr durch den zugelassenen Arzt von Bedeutung. Für einen zugelassenen Durchgangsarzt gilt, daß die Zulassung zum Durchgangsarzt widerrufen werden kann, „*wenn er in dem Zeitraum der letzten fünf Jahre im Jah-*

resdurchschnitt nicht mehr als 150 Unfallverletzte versorgt hat“ (vgl. Richtlinien für die Bestellung von Durchgangsärzten, Stand 1.4.1986, in Noeske, S. I/251 sowie Ltnr. 23). In gleicher Weise sind Standards für die Zulassung von Krankenhäusern zum Verletztenartenverfahren festgelegt. Hier heißt es:

„*Für die Zulassung eines Krankenhauses zum § 6-Verfahren kommt es auf die ständige Belegung mit § 6-Verletzungen an (Konzentration von Schwerunfallverletzten), damit die Ärzte unfallmedizinische Erfahrungen sammeln und erhalten können. Bei der Prüfung der Bedürfnisfrage für die Zulassung eines Krankenhauses zu § 6-Verfahren können als Entscheidungshilfe (nicht Entscheidungsgrundlage) folgende Richtzahlen gelten: Eine ausreichende ständige Belegung kann als gegeben angenommen werden, wenn ein Krankenhaus regelmäßig 20 bis 30 Verletzungen im Sinne der § 6-Verletzungen oder im Jahr insgesamt 50 § 6-Fälle behandelt.*“
(vgl. Ltnr. 45, Bedürfnisfrage, in Noeske, S. I/520)
(Anm.: § 6 der Bestimmungen des Reichsversicherungsamtes vom 19. Juni 1936).

In beiden Fällen gehen die Unfallversicherungsträger davon aus, daß nur eine entsprechende Frequenz an Fällen sicherstellt, daß der behandelnde Arzt sowie dessen Personal in der Behandlung von Unfallverletzungen die entsprechende Fähigkeiten hat bzw. behält. Eine entsprechende Vorschrift ist weder in dem SGB V, in dem SGB VI noch in der Zulassungsordnung für Ärzte enthalten. Zum Beispiel reicht für die Zulassung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung der einmalige Nachweis - z. B. Facharztanerkennung - aus, um in einem bestimmten Fachgebiet Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen zu können.

Neben der Möglichkeit, die Voraussetzungen zu bestimmen, unter denen die Leistungen im Auftrag der Unfallversicherungsträger erbracht werden, wurden insbesondere die Informationspflichten der Leistungserbringer gegenüber den Unfallversicherungsträgern sowie das Recht, Daten über die Versicherungsfälle in einer gemeinsamen Datei zu speichern, ergänzt bzw. erweitert. Zentrale Vorschriften über die Informationspflicht der behandelten Ärzte sind die §§ 201, 202 SGB VII. Regelt der § 201 die Auskunftspflichten der Ärzte, die an der Heil-

behandlung gemäß § 34 SGB VII teilnehmen, so verpflichtet § 202 SGB VII alle Ärzte, die nicht an der Heilbehandlung nach § 34 SGB VII teilnehmen, den Unfallversicherungsträgern umfassend Auskunft über „*den Zustand sowie über Erkrankungen und frühere Erkrankungen des Versicherten zu erteilen, soweit dies für die Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist*". Mit diesen beiden Vorschriften soll sichergestellt werden, daß der zuständige Unfallversicherungsträger alle notwendigen Informationen erhält, um seinen Pflichten aus § 26 Abs. 1 SGB VII nachzukommen. Gleichzeitig verpflichtet der Gesetzgeber die Unfallversicherungsträger in § 14 SGB VII „*mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren..*" zu sorgen (§ 14 Abs. 1l). In Verbindung mit § 15 SGB VII sind die Unfallversicherungsträger daher auch berechtigt, Unfallverhütungsvorschriften als autonomes Recht zu erlassen, mit der Maßgabe, daß diese Vorschriften durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung genehmigt werden müssen. Im Rahmen der Vorsorge sind sie darüber hinaus berechtigt, versichertenbezogene Daten inkl. der Ergebnisse und der Diagnose der Vorsorgeuntersuchungen zu erheben und zu speichern.

Der Gesetzgeber hat hier richtig gesehen, daß nur die umfassende Information und Dokumentation über das Unfallgeschehen und die Behandlung von Verletzten und Patienten mit Berufskrankheiten eine schnellstmögliche und gezielte Hilfe ermöglicht. Um aber auch für die Zukunft soweit wie möglich Unfälle und Berufskrankheiten zu vermeiden, hat der Gesetzgeber daher die Unfallversicherungsträger verpflichtet, die erhobenen Daten über Vorsorge, Arbeits- und Wegeunfälle, Berufskrankheiten und Rehabilitation in gemeinsamen zentralen Dateien zu speichern. Die so gewonnenen Daten und Erkenntnisse können dann zentral ausgewertet werden und in Vorschriften zum Unfallschutz und Schutz vor Berufskrankheiten umgesetzt werden.

§ 204 SGB VII ist hier die zentrale Vorschrift. Dort heißt es:

(1) „Die Errichtung einer Datei für mehrere Unfallversicherungsträger bei einem Unfallversicherungsträger oder bei einem Verband der Unfallversicherungsträger ist zulässig ….

2. um Daten in Vorsorgedateien zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen, damit Versicherten, die bestimmten arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren ausgesetzt sind oder waren, Maßnahmen der Prävention oder der Rehabilitation angeboten sowie Erkenntnisse über arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und geeignete Maßnahmen der Prävention und der Rehabilitation gewonnen werden können,

3. um Daten über Arbeits- und Wegeunfälle in einer Unfall-Dokumentation zu verarbeiten, zu nutzen und dadurch Größenordnungen, Schwerpunkte und Entwicklungen der Unfallbelastung in einzelnen Bereichen darzustellen, damit Erkenntnisse zur Verbesserung der Prävention und der Rehabilitation gewonnen werden können,.“

Der vollständige Text des § 204 SGB VII ist im Anhang abgedruckt. In den weiteren Nummern des § 204 Abs. 1 SGB VII sind noch die Dateien für die Berufskrankheiten-Dokumentation und die Rehabilitations-Dokumentation genannt. Dies zeigt, welche Bedeutung der Gesetzgeber der Dokumentation und Datensammlung im Bereich der Unfallversicherung zuerkennt, und daß auf der Basis dieser Dokumentationen und Statistiken Erkenntnisse gewonnen werden können, die dem grundsätzlichen Ziel der Unfallversicherungsträger, nämlich Unfälle ganz zu vermeiden bzw. im Versicherungsfall dem Verunfallten „mit allen geeigneten Mitteln“ Hilfe zu leisten, näher zu kommen. Wie wichtig die laufende Dokumentation und Auswertung für die in § 204 Abs. 1 SGB VII bezeichneten Statistiken sind, wird durch die Tatsache unterstrichen, daß für den § 204 Abs. 1 Satz 2 der § 76 SGB X ausdrücklich keine Gültigkeit besitzt.

§ 76 SGB X befaßt sich mit der Einschränkung der Übermittlung von Sozialdaten; zusätzlich zu den allgemeinen Bestimmungen der §§ 68 –75 SGB X muß derjenige, der Sozialdaten einem Dritten offenbaren will, die Zulässigkeit der Offen-

barung von Sozialdaten nach den Kriterien des § 203 Abs. 1 und 3 StGB prüfen. Eben diese Bestimmung wird für die gemeinsame/zentrale Datensammlung der Unfallversicherungsträger nach § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 3 bis 6 nicht angewendet. Der Betroffene hat in diesen Fällen kein Widerspruchsrecht im Bezug auf die Übermittlung der Daten. Der Gesetzgeber hat diese Ausnahme damit begründet, daß die Daten erst bei 100 %-iger Erfassung sinnvoll ausgewertet werden können, und insofern in diesem Fall das Recht auf informationelle Selbstbestimmung zurücktreten muß (vgl. Hauck (5), K § 204, Rz15).

Wesentlich für das Verständnis, daß es den Unfallversicherungsträgern erlaubt bzw. sogar gesetzlich aufgetragen ist, Dokumentationen nach § 204 SGB VII zu erstellen, ist die Tatsache, daß über diese Dateien kein Personenbezug hergestellt werden kann. Die Daten eines Versicherungsfalles werden nicht unter dem Namen des Verunfallten sondern mit dem Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers abgespeichert. Da das Aktenzeichen keinen Personenbezug aufweist, im Gegensatz z. B. zur Rentenversicherungsnummer (§ 147 SGB VI), hat der Gesetzgeber den Unfallversicherungsträgern diese Möglichkeit ausdrücklich eingeräumt (vgl. Hauck (5), K § 204, Rz 8). Insofern sind die Daten in diesen Gemeinschaftsdateien der Unfallversicherungsträger anonymisiert. Damit wird auch den grundlegenden Vorschriften des SGB X Rechnung getragen.

Um die benötigten Informationen von den behandelten Ärzten zu erhalten, haben die Unfallversicherungsträger im o. g. Ärzteabkommen die notwendigen Berichte in der Ltnr. 82 zusammengestellt. Die einzelnen Berichte (Übersicht der Berichte nach Ltnr. 82, siehe Anhang) sind nach Art und Form vorgegeben. Der einzelne Arzt darf von dieser Berichtsform nicht abweichen. Damit ist sichergestellt, daß die Unfallversicherungsträger bei gleichen Ereignissen jeweils gleichartige Infor-

mationen erhalten. Allerdings sind Klassifikationssystem wie der ICD, ICPM oder ICIDH in diese Dokumentationen noch nicht aufgenommen.

Wichtig im Zusammenhang mit den Informationspflichten der Ärzte sind auch die Fristen, in denen die Berichte an den Unfallversicherungsträger abzugeben sind. Für den Fall, daß ein Durchgangsarzt die Erstbehandlung eines Unfallverletzten durchführt, hat dieser unverzüglich einen Bericht (D-13) an den Unfallversicherungsträger, die Krankenkasse und sofern erforderlich, an den behandelnden Arzt zu versenden (Ltnr. 23). In den Fällen, in denen der Arzt, der nicht zur berufsgenossenschaftlichen Behandlung zugelassen ist, die Behandlung durchführt, hat dieser „*spätestens am darauffolgenden Tag*“ dem Unfallversicherungsträger den entsprechenden Bericht (Arztvorduck 13) zu erstatten (Ltnr.10). Weitere Fristen der Berichterstattung bei Anforderung durch die Unfallversicherungsträger sind in Ltnr. 67 geregelt.

Die Bedeutung der Dokumentationen und Statistiken nach § 204 SGB VII wird auch durch die Bestimmung des § 25 SGB VII unterstrichen, mit der der Gesetzgeber die Unfallversicherungsträger verpflichtet, jährlich einen Bericht über die Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz und das Unfall- sowie Berufskrankheitengeschehen zu erstellen. In einem Rhythmus von vier Jahren sind darüber hinaus die Entwicklung der Arbeits- und Berufsunfälle, ihre Kosten und die Maßnahmen zur Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz vorzulegen. Nur die permanente und 100%-ige Datenerhebung gemäß § 204 SGB VII kann langfristig den Unfallversicherungsträgern die gewünschten Erkenntnisse für ihre Arbeit – Gesundheitsschutz und Unfallverhütung - liefern.

Daß die permanente Überprüfung der Voraussetzungen für die Zulassung notwendig ist, belegt folgendes Beispiel: In einer Studie der Berufsgenossenschaften

über Handverletzungen konnte nachgewiesen werden, daß bei einer rechtzeitigen Einleitung der verletzungsspezifischen Behandlung die Folgekosten je Patient um 27.000,00 DM (Verletztengeld/Unfallrente) niedriger sind als bei dem Vergleichskollektiv. Darüber hinaus dauert die Behandlung der nicht korrekt versorgten Patienten etwa doppelt so lange. Neben den direkt von den Unfallversicherungsträgern aufzuwendenden Kosten sind hier auch noch die Kosten (z. B. Vertretung) der Unternehmen zu berücksichtigen, die für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit der Patienten entstehen (vgl. FAZ, 1997).

Nur § 109 SGB XI (Text siehe Anhang) schließt ebenfalls die Verpflichtung für die Pflegeversicherungen ein, eine detaillierte Pflegestatistik zu erstellen und diese jährlich fortzuschreiben. Auch hier sollen aus den Statistiken Erkenntnisse über die Versorgung der Pflegebedürftigen sowie die Situation der Pflegenden abgeleitet werden. Die Verpflichtung, diese Statistiken erstmals zu erstellen, begann für die Kurzzeitpflege mit dem Jahr 1995 und für die stationäre Pflege mit dem Jahr 1996.

Das SGB VII, das jüngste der Sozialgesetzbücher, enthält somit für den Bereich der Datenerhebung und Auswertung die weitestgehenden Vorschriften. Weder im SGB V noch im SGB VI ist so deutlich der Auftrag von dem Gesetzgeber an die Sozialversicherungsträger erteilt, die für die Weiterentwicklung des jeweiligen Sozialversicherungssystems notwendigen Daten und Informationen zentral zu erheben und auszuwerten. Die gesetzlichen Bestimmungen des § 25 SGB VII - Berichterstattung - und § 204 SGB VII - Aufbau verschiedener Dokumentationen - sind in vergleichbarer Form weder im SGB V noch im SGB VI enthalten.

Faßt man die wesentlichen Punkte des oben Gesagten zusammen, so bleibt folgendes festzuhalten:

1. Die Unfallversicherungsträger bestimmen die Voraussetzungen – sachlich wie personell – nach denen Anbieter – Ärzte und Krankenhäuser – Leistungen zu ihren Lasten erbringen dürfen. Diese Voraussetzungen können im Laufe der Zeit verändert werden, sie sind nicht statisch festgeschrieben. Der jeweilige Leistungserbringer verpflichtet sich, die jeweils gültigen Voraussetzungen zu erfüllen.
2. Für bestimmte Verletzungen können die Unfallversicherungsträger genau festgelegte Verfahren vorschreiben (Heilverfahren, Schwerverletztenverfahren).
3. Die Unfallversicherungsträger legen die Art und Form der Dokumentation und der Informationen – Befunde, Behandlungsergebnisse, Verlauf von Therapien, Kosten - fest, die von den Leistungserbringern an die Unfallversicherungsträger oder an die beteiligten Ärzte und Krankenkassen weitergeleitet werden müssen.
4. Die Unfallversicherungsträger sind gehalten, umfangreiche Dokumentationen über Vorsorge, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Rehabilitation aufzubauen, um Erkenntnisse zum besseren Gesundheitsschutz bei der Arbeit sowie in der Behandlung von Unfallverletzten zu gewinnen und umzusetzen.
5. Die Unfallversicherungsträger vereinbaren mit den Leistungserbringern die Honorierung der Leistungen.

Die fünf oben beschriebenen Punkte enthalten wesentliche Merkmale eines Managed Care Systems (Seitz, 1998, S.344). Ein weiteres Element, das in den Beschreibungen von Managed-Care Systemen immer zu finden ist, ist das des „Gatekeepers“. Für den Geltungsbereich des SGB VII und des Ärzteabkommens ist festgelegt, daß ein Versicherter nach einem Unfall einen von den Unfallversicherungsträgern zugelassenen Arzt –Gatekeeper- aufsuchen muß, sofern Heilbehand-

lung oder besondere Heilbehandlung zu Lasten der Unfallversicherungsträger eingeleitet werden muß. Dieser Arzt ist dann auch für die Steuerung der gesamten Behandlung verantwortlich. Eine Behandlung von nicht zugelassenen Ärzten ist nicht zulässig und führt unter Umständen sogar zum Verlust der Versicherungsleistungen. Nur in Notfällen ist jeder Arzt verpflichtet, erste Hilfe zu leisten. Er muß dann jedoch den Verunfallten sofort an einen von den Unfallversicherungsträgern zugelassenen Arzt zu überweisen. Ist eine ambulante Versorgung des Patienten nicht möglich, so muß der behandelnde Arzt den Patienten in eine zugelassene Klinik überweisen. Dies gilt auch für eine verordnete stationäre bzw. teilstationäre oder ambulante Rehabilitation. Hier zeigt sich deutlich, daß der Kreis der Leistungserbringer eingeschränkt ist. Nach der Behandlung in einer Klinik oder Rehabilitationseinrichtung wird der Patient dann wieder an den einweisenden Arzt zurücküberwiesen, der dann, sofern notwendig, die weitere Behandlung durchführt. Wichtig ist, daß der gesamte Behandlungsprozeß vollständig und zeitnah dokumentiert wird und diese Dokumentation dem Unfallversicherungsträger sowie dem erstbehandelnden Arzt (Gatekeeper) zur Verfügung gestellt wird. Auch die Rolle des „Gatekeepers" kann nur dann sinnvoll und erfolgversprechend sein, wenn dieser vollständig und zeitnah über alle Informationen der Behandlung aber auch Behandlungsmöglichkeiten der Patienten verfügt. Insofern spielt auch das Informationsmanagement nicht nur für den Betrieb eines Managed Care Systems als Ganzes, sondern auch speziell im Hinblick auf die Behandlung eines einzelnen Patienten eine wichtige Rolle. Obwohl es selbstverständlich erscheint, daß das Informationsmanagement sektorenübergreifend – ambulant → teilstationär → stationär - ausgelegt sein muß, ist dies in der Praxis heute normalerweise nicht gegeben.

IV.2. Datenerhebung in dem Gesundheitssystem der ehemaligen DDR

Es erscheint sinnvoll im Zusammenhang mit der Datenerhebung und Datensammlung im Gesundheitswesen einen Blick auf die entsprechenden gesetzlichen Vorschriften und Statistiken der ehemaligen DDR zu werfen. Hierbei soll aber nicht verkannt werden, daß alle gesetzlichen Vorschriften in der ehemaligen DDR zum einen getragen sind von dem sozialistischen Gedanken und zum anderen es sich um ein zentralistisch-diktatorisches ausgerichtetes Staatswesen handelte.

Für den Bereich der Krankenhausversorgung wurde in der ehemaligen DDR eine Rahmenkrankenhausordnung (RKO, vom 14. November 1979) geschaffen. Wichtigster Unterschied zur Bundesrepublik in der Versorgung der Patienten war, daß es keine Trennung von stationärer und ambulanter Versorgung gab, sondern daß die Krankenhäuser gehalten waren auch poststationär die Patienten weiter zu betreuen. Es heißt hier:

„8. Der ambulante und der stationäre Bereich des Krankenhauses wirken in der Patientenbetreuung unmittelbar zusammen. Sie sichern die Kontinuität der durch die Anwendung einheitlicher Grundsätze für Diagnostik und Therapie sowie unverzügliche gegenseitige Information. Durch prästationäre Diagnostik und poststationäre Betreuung tragen die Poliklinik am Krankenhaus und andere ambulante Gesundheitseinrichtungen zur Beschleunigung der Heilung, Vermeidung von Komplikationen, zur Rehabilitation und zu einer kurzen stationären Verweildauer bei. Das Krankenhaus fördert zugleich die Zusammenarbeit mit und zwischen den medizinischen bzw. sozialen Einrichtungen im Territorium, unabhängig von ihrer Unterstellung und Eigentumsform.“ (Sozialistisches Gesundheitsrecht, 1980, S. 125)

Das Krankenhaus hatte nach dieser Vorstellung die zentrale, steuernde Funktion in dem Gesundheitssystem der ehemaligen DDR. Weiter ist in der RKO festgelegt, welche Daten und Unterlagen bei der Einweisung zur stationären Behandlung dem Patienten mitzugeben sind. Dies gilt in gleicher Weise auch für die Entlassung des Patienten.

Neben der RKO existiert seit Oktober 1978 eine „Anweisung über das dokumentationsgerechte Krankenblatt“. In dieser Anweisung ist festgelegt, welche Daten im Fall der stationären Behandlung zu dokumentieren sind und nach welchen Regeln. Zwei Tatbestände erscheinen hierbei erwähnenswert: 1. Der einheitliche Krankenblattsignierstreifen (dieser wurde bereits 1968 eingeführt), und 2. die Definition des Behandlungsfalles:

„(2) Behandlungsfall im Sinne dieser Anweisung ist jeder zusammenhängende Aufenthalt eines Patienten zur stationär-medizinischen Betreuung in ein und derselben Fachabteilung einer Gesundheitseinrichtung unabhängig von Verlegungen zwischen den Stationen innerhalb der Fachabteilung.“ (Sozialistisches Gesundheitsrecht, 1980, S.194).

Eine Falldefinition in dieser eindeutigen Art gibt es nicht in der BPflV. Hier muß auf die Fußnoten 11 – 11b des Anhang 2 zur LKA verwiesen werden (vgl. Tuschen, 1998, S. 154 ff.). Der Krankenblattsignierstreifen ist fester Bestandteil des „dokumentationsgerechten Krankenblattes“ und für jeden Behandlungsfall ist ein solches Krankenblatt zu erstellen. Der Krankenblattsignierstreifen hat folgenden Aufbau:

Tabelle 23: Aufbau und Inhalt der Krankenblattsignierstreifen

Stelle		Inhalt
Von	Bis	
1	6	Nummer der Einrichtung
7	8	Fachabteilung (Schlüssel)
9	13	Aufnahme Nummer des Patienten
14	19	Wohnsitz (Bezirks-, Kreisnummer)
20	31	Personenkennzahl
32	37	Aufnahmedatum
38	43	Abgangsdatum
44		Abgangsart (Schlüssel)
45	48	1. Diagnose (Hier ist die Diagnose zu kodieren, die retrospektiv als Behandlungsdiagnose für die betreffende Fachabteilung angesehen wird. .. Sind in einer Fachabteilung mehrere Krankheiten behandelt worden, so können 2 weitere Diagnosen kodiert werden
49	52	2. Diagnose
53	56	3. Diagnose
57	60	Operationsdatum (MMTT)
61	79	Reserveblock

Stelle		Inhalt
Von	Bis	
80		Reserviert für EDV-technische Belange

Quelle: Sozialistisches Gesundheitsrecht, 1980, S.198 ff.

Zur Verschlüsselung der Behandlungsdiagnosen legt die o. g. Anweisung weiter fest:

„*Festlegung: Für die Diagnoseverschlüsselung auf dem Krankenblattsignierstreifen sind keine mit „*“ versehenen Diagnosenummern zugelassen!*
Für die Kodierung von Anlässen zur stationären Aufnahme, die nicht durch die Diagnosen der Klassen 1 bis XVII der IKK bezeichnet werden können (z. B.: prophylaktische Impfung, Begleitperson, Bazillenträger, Spender, Screening bzw. Reihenuntersuchung etc.), ist die V-Klassifikation der 9. Revision anzuwenden. (Die V-Klassifikation wurde aus der Y-Klassifikation der 8. Revision entwickelt.) Der Buchstabe ,,V" ist dabei in das erste Kästchen des Diagnosesignierfeldes einzutragen. Bei zweistelligen Schlüsselnummern des V-Kodes bleibt das letzte Kästchen des Diagnosesignierfeldes frei (linksbündiges Eintragen).“ (Sozialistisches Gesundheitsrecht, 1980, S.202)

Mit dieser Anweisung ist eine wesentliche Frage zur Codierung der Diagnosen beantwortet. Daneben wird aber auch deutlich darauf verwiesen, daß neben den Hauptklassifikationen des ICD 9 auch die „V-Klassifikation“ anzuwenden ist.
Vergleicht man die geforderten Daten des Krankenblattsignierstreifens und die geforderten Daten nach § 301 SGB V, so sind schon wesentliche Bestandteile vorhanden. Ähnlich ist auch ein Vergleich mit dem von der EU geforderten „European Minimum Basic Data Set - MBDS“, auch hier sind bis auf die Operationsschlüssel alle Daten vorhanden, wenn man unterstellt, daß über die Personenkennziffer auf die persönlichen Daten des Patienten zurückgegriffen werden kann.

Wesentlich früher als die Bundesrepublik hat die ehemalige DDR –nämlich ab 1968-systematisch Daten (nicht nur) über die stationäre Behandlung der Patienten zusammengetragen und statistisch ausgewertet. In der Zeit von 1968 bis Ende 1978 wurden die Diagnosen nach dem ICD in der 8. Revision verschlüsselt. Mit

Wirkung vom 1.1.1979 mußte gemäß der „Anordnung über die Anwendung der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen sowie Zusatzklassifikationen“ die 9. Revision des ICD angewendet werden und zwar in folgenden Fällen:

(2) Die Eintragung der Schlüsselnummern erfolgt insbesondere bei:

a) der Dokumentierung medizinischer Befunde oder Leistungen im Zusammenhang mit medizinischer Betreuung, medizinischer Begutachtung oder anderen medizinischen Maßnahmen in den Gesundheitseinrichtungen (medizinische Dokumentation);

b) der Dokumentierung medizinischer Befunde oder Leistungen im Ausweis für Arbeit und Sozialversicherung;

c) der Dokumentierung von Arbeitsbefreiungen bei Arbeitsunfähigkeit im Ausweis für Arbeit und Sozialversicherung sowie in der Arbeitsbefreiungsbescheinigung;

d) der ärztlichen Meldung und Dokumentierung von Invalidität, Arbeitsunfällen und sonstigen Unfällen, Berufskrankheiten, Körper- und Gesundheitsschäden oder anderen medizinischen Befunden oder Sachverhalten, die arbeitsrechtliche, sozialversicherungsrechtliche oder sonstige Ansprüche auslösen können;

e) der Dokumentierung der Diagnose bei Beantragung von Kuren sowie bei Beginn und Abschluß der Kurbehandlung;

f) der Dokumentierung der Todesursachen, insbesondere auf Totenscheinen und in Sektionsdokumenten. (Sozialistisches Gesundheitsrecht, 1980, S.206)

Mit dieser Anordnung wurde sichergestellt, daß in allen wesentlichen Bereichen des Gesundheitswesens die Diagnosen einheitlich verschlüsselt wurden. Auf dieser Basis war es der ehemaligen DDR möglich, wesentlich aussagekräftigere Analysen über das Gesundheitswesen zu erstellen als die BRD. An dem Beispiel der Berichterstattung über die Diagnose ICD-9 250 ff soll dies kurz erläutert werden.

In dem Bericht „Das Gesundheitswesen DDR 1988“ wird (S. 107 ff) die Situation zum Diabetes mellitus in der ehemaligen DDR ausführlich beschrieben. Hier ist auch zu lesen, daß die „ambulante diabetologisch-internistische Behandlung“ der Diabetiker in eigens dafür vorgehaltenen „Kreis- und Bezirksdispensairestellen“ durchgeführt wurde. Neben der verbalen Beschreibung der Situation sind in

nachfolgenden Statistiken die Neuzugänge (Inzidenz) an Erkrankungen Diabetes mellitus und die Entwicklung des Bestandes an erkrankten Personen nach Altersgruppen und Geschlecht beschrieben.

Aus den Ausführungen des Gesundheitsberichtes für Deutschland 1998 läßt sich schließen, daß eine entsprechende Statistik für die Bundesrepublik nicht existiert. Zu dem Stichwort Neuerkrankungen heißt es hier: „nach den Daten des zentralen Diabetesregister der ehemaligen DDR, der besten derzeit verfügbaren Quelle..“ (GBE, 1998, S. 238). Zur Frage der „Folgen für Gesundheit, Lebenserwartung und Arbeitsleben –Gesundheitliche Folgen“ wird festgestellt: „In Deutschland mangelt es auf diesem Gebiet an repräsentativen Daten.“ (GBE, 1998, S. 239). Zu demselben Ergebnis kommt Zorn in seiner Arbeit: „Qualitätsindikatoren zum Monitoring von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 im ambulanten Versorgungsbereich“. Auch hier wird ein Mangel an „präzisen Daten“ beklagt, so daß für weitere Überlegungen auf die Daten der ehemaligen DDR zurückgegriffen wird (vgl. Zorn, 1998, S. 31 ff.) Daß es sich bei dem Diabetes mellitus für den betroffenen Patienten um keine Bagatellerkrankung handelt, zeigt die Liste der Folgeerkrankung: Erblindung, Durchblutungsstörungen des Herzens und der Gliedmaßen, Schlaganfall und chronisches Nierenversagen.

Neben den Auswirkungen auf die Gesundheit des einzelnen Patienten sind aber auch die Kosten für diese Krankheit für die Krankenkassen von Bedeutung. Zentrale Aussagen des Gesundheitsberichtes hierzu lauten:

1. *„die direkten Kosten, die durch Diabetes verursachte Leistungen entstehen, hängen sehr von der Qualität der Stoffwechselkontrolle ab. So wurden 1991 für einen schlecht eingestellten, nicht insulinpflichtigen Diabetiker 11.000 – 13.000 DM geschätzt, während ein gut eingestellter nur etwa 1.100 DM kostete. Die entsprechenden Zahlen für insulinpflichtige Diabetiker waren bei schlechter Einstellung 13.000 – 17.000 DM pro Jahr, bei guter Einstellung*

dagegen nur 2.400 – 4.000 DM pro Jahr. Es ist jedoch unbekannt, welcher Anteil der Diabetiker als „gut“ bzw. „schlecht“ eingestellt gelten darf.“

2. *„Hohe Ausgaben entfallen darüber hinaus auf die kostenträchtigen, schweren Folgekrankheiten des Diabetes, die in den Abrechnungsstatistiken anderen Diagnosen zugeordnet werden.“*

3. *„Eine Verbesserung der Datenlage zur Beobachtung und Beurteilung dieser Entwicklung ist erforderlich.“* (GBE, 1998, S. 241 ff; vgl. auch Zorn, 1998, S. 118 ff)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die bindenden Vorschriften der ehemaligen DDR zur systematischen Dokumentation und Verschlüsselung von Diagnosen zur Transparenz im Gesundheitswesen der ehemaligen DDR beigetragen und daß z. B. auf dem Gebiet des Diabetes die Diabetikerbetreuung als Vorbild für die Einrichtung von Schwerpunktpraxen in der Bundesrepublik heute gilt (vgl. GBE, 1998, S. 240). Notwendig ist daher nach wie vor eine systematische, strukturierte, alle Bereiche des Gesundheitswesen umfassende Datensammlung, um mangelhafte Strukturen aufzudecken und damit unnötige Kosten in der Gesundheitsversorgung zu vermeiden.

V. Verbesserung der Datenlage = Verbesserung der Entscheidungsgrundlage ?

V.1. Informationsgrundlagen in den Sozialversicherungen - Status quo

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, daß trotz verstärkter Bemühungen des Gesetzgebers in den letzten 10 Jahren die Kosten- und Leistungsexplosion im Gesundheitswesen nicht wesentlich eingedämmt werden konnte. Für das erste Halbjahr 1998 rechnen die Krankenkassen wieder mit einem Defizit in Milliardenhöhe. Keine der bisher eingeleiteten Maßnahmen führte zu dem gewünschten Erfolg, neben der Reduzierung der Ausgaben auch die immer wieder beschworene Transparenz im Bereich des Gesundheitswesen herzustellen. Sicherlich sind in den letzten Jahren auf der Basis der gesetzlich vorgeschriebenen Daten und Informationssammlungen neue Statistiken und Analysen erstellt worden, bisher konnten aber aus diesen keine wesentlichen Erkenntnisse gewonnen werden, um wirksam die Kostenprobleme des Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen. Allerdings kann festgestellt werden, daß bei Erprobung neuer Organisationsformen im Gesundheitswesen immer wieder eine ausgedehnte Diskussion über die notwendigen Informationsgrundlagen in Gang kommt, doch häufig scheitern Modellvorhaben daran, daß die gesetzlichen Vorschriften die Informationsweitergabe einschränken oder gänzlich verhindern. Vor diesem Hintergrund muß auch die schleppende Umsetzung der Vorschriften des § 301 SGB V gesehen werden.
Ein weiteres Kennzeichen der bisherigen Modellversuche ist eine Beschränkung entweder auf den ambulanten, den teilstationären oder den stationären Sektor der Akutkrankenhäuser oder der Rehabilitationseinrichtungen. Immer wieder wird die starke Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor als negatives Element des bestehenden Gesundheitswesen beschrieben. Diese systemim-

manente Ineffizienz verursacht nicht nur erhöhte Kosten – Informationskosten, Transaktionskosten - sondern kann auch für den einzelnen Patienten schädlich sein, weil die Kommunikation zwischen den verschiedenen Sektoren nicht funktioniert (Füeßl, 1998, S. 346). Bisher gibt es keine erfolgversprechenden Ansätze, diese strenge Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung, die auch für den einzelnen Patienten völlig unverständlich ist, zu überwinden. Die jeweiligen Vertreter, die Kassenärztliche Bundesvereiningung oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft werfen dem anderen Partner vor, er möge zu einer besseren Verzahnung der beiden Sektoren in dem Gesundheitswesen beitragen. Natürlich sei man selbst zu einer umfassenden Kooperation bereit. Es scheint allerdings, daß die Bereitschaft zur einer Kooperation dann endet, sobald die eigenen finanziellen Ressourcen geschmälert werden.

Betrachtet man das Gesundheitswesen der Bundesrepublik in seiner Gesamtheit, so muß festgestellt werden, daß die Aufgaben auf vier verschiedene Sozialversicherungsträger verteilt sind und die Vorschriften für die einzelnen Sozialversicherungsträger somit auch in vier unterschiedlichen Gesetzbüchern geregelt sind:

1. Krankenversicherungen – SGB V
2. Rentenversicherungen – SGB VI
3. Unfallversicherungen – SGB VII
4. Pflegeversicherungen – SGB XI.

Die Aufgabenstellung der einzelnen Sozialversicherungsträger ist historisch gewachsen und aus diesem Grund sind auch die Vorschriften in den einzelnen Sozialgesetzbüchern zu unterschiedlichen Zeitpunkten entstanden bzw. immer wieder den sich ändernden Bedürfnissen angepaßt worden. Die Vorschriften, die alle Sozialversicherungen betreffen, sind in dem SGB I, SGB IV sowie SGB X enthalten. An dieser Stelle muß auf zwei grundlegende Bestimmungen dieser Rahmenvorschriften hingewiesen werden:

1. das grundsätzliche Verbot, Sozialdaten zu erheben, zu nutzen und zu verarbeiten, es sei denn, in den Vorschriften des Sozialgesetzbuches ist dies ausdrücklich erlaubt (§ 35 SGB I in Verbindung mit §§ 67 ff SGB X),
2. die Vorschrift zur Erstellung von Statistiken über den jeweiligen Geschäftsbereich des Sozialversicherungsträgers (§ 79 SGB IV).

Selbst Forschungsvorhaben im Bereich der Gesetzlichen Krankenkassen, in denen anonymisierte Sozialdaten verarbeitet werden sollen, sind nur mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde möglich (§ 287 SGB V) und bleiben auf die Datenbestände, die im Rahmen der §§ 284, 285 SGB V erhoben werden, begrenzt (vgl. Hauck (3), K § 287, Rz 6).

Dem gegenüber schreibt der § 141 SGB V vor, daß „die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten“ gemeinsam die medizinischen und wirtschaftlichen Orientierungsdaten und Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit entwickeln sollen. Diese Vorschrift kann mit dem gesetzlichen Auftrag an die Unfallversicherungsträger gemäß § 204 Abs. 1 Nr. 3 – 6 SGB VII, zentrale Dateien über das Unfall- und Leistungsgeschehen für die Unfallversicherungsträger, verglichen werden. Allerdings hat der Gesetzgeber es versäumt, den Sozialversicherungsträgern des SGB V in gleicher Weise auch die Instrumentarien zur Verfügung zu stellen, wie dies im Falle der Unfallversicherungsträger geschehen ist.

Im Bereich der Krankenversicherungen ist ein weiterer Umstand hervorzuheben, der es sicherlich erschwert bzw. unmöglich macht, Transparenz in den Leistungsbereich des SGB V zu bringen. Im Zehnten Kapitel des SGB V „Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz“ sind die Vorschriften zur Informationsbeschaffung und Datenhaltung der Krankenkassen enthalten. Vergleicht man die Vor-

schriften der Datenübermittlung aus den verschiedenen Bereichen miteinander, so ist festzuhalten, daß die Krankenkassen nicht für alle Daten auch die Empfänger der Daten sind, sondern in einem sehr wichtigen, wenn nicht sogar zentralen Bereich, der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung, werden die Daten und Informationen an die jeweiligen Kassenärztlichen bzw. kassenzahnärztlichen Vereinigungen übertragen. Eine Übertragung dieser ambulanten ärztlichen Behandlungsdaten an die Krankenkassen ist grundsätzlich verboten. Die Abrechnungsunterlagen der niedergelassenen Ärzte dürfen den Krankenkassen nur fallbezogen (Fallnummer=Behandlungsschein-Nummer) übermittelt werden, nicht aber versichertenbezogen (vgl. Hauck (3), K § 295 SGB V, Rz 6). Die Fallnummer ist eine laufende Nummer, die von der jeweiligen Arztpraxis für die Abrechnung der Patientenbehandlungen jeweils neu generiert wird, ein Bezug zum Patienten ist in dieser Nummer nicht gegeben. Die Kassenärztliche Vereinigung hat vor der Datenübermittlung an die Krankenkassen sicherzustellen, daß der Versichertenbezug aufgehoben ist. Sie muß also die Informationen der Krankenversichertenkarte (§ 295 Abs. 1 Nr. 3, §291 SGB V) aus den zu übertragenden Datensätzen löschen (§ 295 Abs. 2 SGB V). Ausnahmen sind lediglich für die gesetzlich vorgeschriebenen Kontrollen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgesehen (§§ 297, 298 SGB V), sowie für die Information über die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB V an den Versicherten nach § 305 SGB V. Dies wird in § 1 „Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen“ des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen wiederholt festgeschrieben (vgl. KBV, 1998, S. 122 ff). § 5 dieses Vertrages greift das Zusammenführungsverbot noch einmal expressis verbis auf und bestimmt darüber hinaus, daß die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen die Daten lediglich über einen Zeitraum von acht Abrechnungsquartalen, für die eine vertraglich vereinbarte Zusammenführung bestimmt ist, vorhalten müssen, also maximal zwei Jahre.

Alle übrigen Leistungserbringer sind im Rahmen der Leistungserbringung nach SGB V gehalten, ihre Leistungs- und Abrechnungsdaten direkt an die Krankenkassen zu übermitteln. In allen Datenübermittlungsvereinbarungen des SGB V sind die Daten nach § 291 SGB V der Krankenversicherungskarte, insbesondere die Nummer der Krankenversichertenkarte, zwingender Bestandteil der Datenübertragung (vgl. Datensegment INV). Darüber hinaus sind bei Auftragsleistungen auch die Arztnummer des auftraggebenden Arztes anzugeben. Da aber in den Abrechnungen der niedergelassenen Ärzte der Versichertenbezug fehlt, ist das wichtigste Bindeglied in dieser Datenübermittlung nicht vorhanden. Die Krankenkassen können lediglich feststellen, welche Leistungen von welchem Arzt und für welchen Versicherten verordnet worden sind, nicht aber, aus welchem Grund. Die Angabe der Diagnose ist nur auf der Abrechnung des niedergelassenen Arztes enthalten. Eine Zuordnung (Zusammenführung der Daten) der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen ist auf der bestehenden gesetzlichen und vertraglichen Situation nicht möglich.

Hiervon ist insbesondere die Behandlung der Patienten in einem Krankenhaus ausgenommen. Erwähnt werden muß weiterhin, daß bis zum heutigen Tage die Angabe der Diagnose auf der Abrechnung des niedergelassenen Arztes nicht wie im § 295 Abs.1 SGB V vorgeschrieben auf der Basis des ICD verschlüsselt wird, sondern die Angabe der Diagnose nach wie vor im Klartext erfolgt. (vgl. § 1 Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern, Abs. 2 „Nr. 11 die Diagnose(n) in Klartext, nach Einführung des ICD-Schlüssels codiert“ (KBV, 1998, S. 123). Dies gilt in gleicher Weise für die von den Ärzten auszustellende Arbeistunfähigkeitsbescheinigung sowie die Einweisung in das Krankenhaus. Ob die Verschlüsselung der Diagnosen durch den niedergelassenen Arzt noch im Jahre 2000 erfolgt, ist bisher noch fraglich. Damit fehlt eine wichtige Information, die Diagnose auf der Basis des ICD und damit die Indikation, warum im Bereich

der ambulanten kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Behandlung Leistungen erbracht werden bzw. Leistungen beauftragt werden.

Daß es innerhalb der Abrechnung der kassenärztlichen Leistungen schon Honorierungen in Abhängigkeit der Diagnose gibt, zeigt folgendes Beispiel: Für Patienten mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus wird unterstellt, daß in diesen Fällen ein überdurchschnittlicher Bedarf an Basislaborleistungen besteht. Da Basislaborleistungen generell budgetiert sind, sinken die Erstattungen mit steigender Anzahl der erbrachten/abgerechneten Laborleistungen. Da aber in diesen Fällen die Budgetierung nicht greifen soll, ist es notwendig, diese Abrechnungen durch die entsprechende Diagnose zu kennzeichnen. Insofern ist vom Grundsatz her heute schon die indikationsbezogene – Angabe der Diagnose - Abrechnung und Honorierung in der kassenärztlichen Abrechnung bekannt (vgl. Hauck (3), K § 87 Rz 91). Allerdings wird diese Information nicht generell an die Krankenkassen weitergeleitet, diese Information dient lediglich der Honorarverteilung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung.

Ein weiterer Punkt zeigt, daß die Informationspflichten der Leistungserbringer nicht aufeinander abgestimmt sind. Wird ein Patient von einem Arzt in der Praxis ambulant operiert, so werden diese Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet. Die Krankenkasse erhält nur in den Fällen der Prüfung nach § 106 SGB V oder in dem Fall der Information des Patienten nach § 305 SGB V Kenntnis über die einzelnen Leistungen und die Diagnose. Wird die gleiche Leistung im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115 b SGB V erbracht, so ist das Krankenhaus verpflichtet, die Leistungen gemäß § 301 SGB V an die Krankenkassen mit der Abrechnung zu übermitteln. Weder aus dem Gesetz noch aus der Begründung ist herzuleiten, warum in diesem Fall die Informationspflicht an den Kostenträger unterschiedlich ist. Welche Daten im Einzelnen im Rahmen

der Abrechnung an den jeweiligen Kostenträger zu übermitteln sind, ist aus dem im Anhang dargestellten Datenfluß zu entnehmen.

In der Gesetzesbegründung zum SGB V werden die bisherigen Nachteile des Systems in Hinblick auf die Informations- und Datenlage aufgeführt. Es heißt hier:

„Die Situation führt zu folgenden Nachteilen:

1. *Die Krankenkassen haben nur einen begrenzten Einblick in das Leistungsgeschehen.*
2. *Das Leistungssystem ist für den Versicherten undurchschaubar. Der Versicherte erhält über die Kosten seiner medizinischen Behandlung keine Kenntnis.*
3. *Das System ist auch hinsichtlich der medizinischen Effizienz und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nur begrenzt zu überblicken. Die Praxis der Wirtschaftlichkeitsprüfungen erfaßt nur die auffälligen Ausschläge über eine statistisch definierte Wirtschaftlichkeitslinie hinaus. Individuelle Wirtschaftlichkeit, insbesondere bei von Ärzten veranlaßten Leistungen, wird kaum geprüft.*
4. *Das System der gesetzlichen Krankenversicherung wird im Rahmen der Abrechungsverfahren der die Sachleistungen erbringenden Personen, Unternehmen u.ä. Organisationen nicht hinreichend kontrolliert und ist teilweise nicht kontrollierbar. Die Folge ist die Erleichterung von Mißbrauch und Abrechnungsmanipulation.*

Die Neuregelungen zielen darauf ab,

- *die Transparenz des Leistungsgeschehens insgesamt zu verbessern und vor allem auch den Versicherten unterrichten zu können,*
- *die Voraussetzungen für eine qualifizierte Prüfung von Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der abgerechneten Leistungen sowie zur Bekämpfung von Mißbrauch und Abrechnungsmanipulationen zu schaffen,*
- *und damit den Krankenkassen zu ermöglichen, daß sie ihre Aufgaben wirksamer und besser als bisher erfüllen.*“ (vgl. BR-Drucks. 200/88, BT-Drucks. 11/2237 zum Zehnten Kapitel – Versichertenverzeichnis – Leistungsdaten)

Vergleicht man die Situationsdarstellung und Ziele in der Gesetzesbegründung mit den Vorschriften des Zehnten Kapitels des SGB V, so muß festgestellt werden, daß in einem wichtigen Punkt, wie oben schon dargestellt, die Transparenz und damit die Nachvollziehbarkeit von Leistungen nicht gegeben ist und auch nicht hergestellt werden kann. Die bisherige strenge Trennung von stationärer und am-

bulanter Behandlung – Ärzte, Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen auf der einen, sowie Krankenhäuser und Krankenkassen auf der anderen Seite - wird in den Vorschriften zur Daten- und Informationsübermittlung weiter zementiert, was für das gesamte Gesundheitssystem kontraproduktiv ist, da es unnötige Schnittstellenprobleme aufbaut. Insofern bleibt es, wie Füeßl treffend formuliert, bei der „blinden Dreifaltigkeit“ des Deutschen Gesundheitswesens, insbesondere für den ambulanten Bereich des SGB V:

Patient	verbraucht	entscheidet nicht	bezahlt nicht
Arzt	verbraucht nicht	entscheidet	bezahlt nicht
Kasse	verbraucht nicht	entscheidet nicht	bezahlt

(vgl. Füeßl, 1998 S. 344).

In seiner Stellungnahme zum Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung fordert der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1987 eben diese sektorenübergreifenden Statistiken und Analysen und eine Abkehr von dem „*Denken in Versorgungsblöcken*“ (JG 1988, S 192 ff). Daß es andere Lösungen im Bereich der Sozialversicherungen zur Schaffung von Transparenz gibt, zeigen die Vorschriften aus den Bereichen der Rentenversicherungsträger – SGB VI, der Unfallversicherungsträger - SGB VII - sowie der Pflegeversicherungen – SGB XI.

In dem SGB VI ist demgegenüber die Weitergabe anonymisierter Sozialdaten an andere Rentenversicherungsträger im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben statthaft (§ 148 SGB VI). Für den Bereich der Unfallversicherungsträger schreibt der § 204 SGB VII vor, Dokumentationen über die Vorsorge, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Rehabilitation zu erstellen, in denen insbesondere auch die Art und der Verlauf der Behandlung aufgezeichnet ist. Die Anonymisierung ist da-

durch sichergestellt, daß die Daten unter dem Aktenzeichen gespeichert sind und daß kein Personenbezug hergestellt werden kann. Diese Statistiken sollen der Fortentwicklung des Gesundheitsschutzes und der Rehabilitation dienen. Die Vorschriften des BDSG sowie die Hinweise des Bundesdatenschutzbeauftragten sind bei der Erstellung dieser Vorschriften berücksichtigt worden (vgl. Hauck (5), K § 204, Rz 8, S 7).

Ähnliches ergibt sich auch für den Bereich der Pflegeversicherung – SGB XI -, in dem in § 109 SGB XI die Erhebungsmerkmale einer Pflegestatistik beschrieben sind. Darüber hinaus ist hier auch festgelegt, daß diese Statistiken jährlich zu erstellen sind.

V.2. Ein neues Informationsmodell für das Gesundheitswesen

Obwohl grundsätzlich eine gleiche medizinische und pflegerische Leistung in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens erbracht wird, zeigen die vorstehenden Ausführungen, daß eine Einheitlichkeit in der Daten- und Informationsübermittlung von den Leistungserbringern an die jeweiligen Träger der Sozialversicherungen nicht existiert. In dem Bereich der Krankenversicherungen - SGB V - besteht darüber hinaus ein deutliches Ungleichgewicht (Asymmetrie) in der Informationsübermittlung an die Krankenkassen. Alle Sozialgesetzbücher enthalten den Auftrag an die Sozialversicherungsträger, das System der Sozialversicherung auszubauen und den sich wandelnden Erfordernissen anzupassen bzw. weiterzuentwickeln. Das kann aber nur dann gelingen, wenn den Sozialversicherungsträgern auch die Instrumente in die Hand gegeben werden, die es ihnen ermöglichen, diese Aufgaben wahrzunehmen. Weiterhin bedeutet es, daß die in den einzelnen Sozialleistungsbereichen zu Lasten des jeweiligen Sozialversicherungs-

trägers erbrachten Leistungen nach Art, Umfang, Grund, Kosten und Ergebnis bekannt sind bzw. bekannt gemacht werden.

Eine zentrale Vorschrift in diesem Zusammenhang für den Bereich des SGB V ist der § 141 SGB V – die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. In Absatz 1 heißt es:

(1) Die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten entwikkeln gemeinsam mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten und einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen

1. *medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und*
2. *Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*

und stimmen diese miteinander ab (Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen).

Diese Vorschrift bestimmt, daß die Beteiligten Vorschläge zur Rationalisierung, Erhöhung von Effektivität und Effizienz im Bereich des Gesundheitswesens machen sollen (vgl. Hauck (3), K § 141, Rz 9). Wie sollen aber die Beteiligten Vorschläge unterbreiten, wenn ihnen auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder Verträge (vgl. KBV-Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) die Möglichkeit genommen ist, die dazu notwendigen Daten und Informationen zu erheben und entsprechende Analysen über den Ist-Zustand zu erstellen. Bestätigt wird dies durch folgende Aussage:

„*Die Krankenkassen haben das Instrumentarium der ökonomischen Evaluation nicht zuletzt aus diesem Grunde mit einer gewissen Skepsis betrachtet, weil Deutschland in Bezug auf eine adäquate Datenbasis eher den Status eines Entwicklungslandes einnimmt.*“ (Schleert, 1998 S. 319).

Wesentlich hierfür ist die Tatsache, daß in dem SGB V die Möglichkeiten insbesondere der sektorenübergreifenden Analyse nicht gegeben sind. Dies resultiert aus der strikten Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung und deren Daten. Auch wird in diesem Zusammenhang nicht beachtet, daß außer den Krankenkassen auch die übrigen Sozialleistungsträger – die Rentenversicherungs-

träger (SGB VI), die Unfallversicherungsträger (SGB VII), die Pflegekassen (SGB XI) - umfangreiche Leistungen im Bereich des Gesundheitswesens bewirken bzw. für solche Leistungen verantwortlich sind. Entsprechend § 141 Abs. 3 SGB V sind aber die Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger und Pflegekassen nicht Mitglied der Konzertierten Aktion. Insofern müßte eine Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nicht auf der Ebene des SGB V sondern auf der Ebene des SGB I/SGB X angesiedelt werden und so alle Sozialversicherungsträger, die Leistungen in dem Gesundheitsbereich erbringen oder verantworten, zusammenfassen.

Daß ein entsprechendes abgestimmtes, strukturiertes Informationsmodell notwendig ist, ergibt sich auch aus den Gutachten und Berichten des Sachverständigenrates. Einleitend zum Kapitel „Diagnosedokumentation und Leistungstransparenz" formuliert der Sachverständigenrat 1994:

„*Voraussetzung für eine intensive Auseinandersetzung mit dem Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen ist eine bessere Spezifikation und Differenzierung der Krankheitsbilder, die die Leistungen verursachen*" (JG 1994, Rz. 265 ff).

Und abschließend fordert der Sachverständigenrat in diesem Kapitel:

„*Die eigentliche Diagnosedokumentation muß ergänzt werden um eine diagnosebezogene Aufbereitung weiterer Kenngrößen, die für eine differenzierte Beurteilung des Leistungsgeschehens benötigt werden. Diese müssen, wenn sie vergleichbar sein sollen, in standardisierter Form dargestellt werden. Hierzu gehören:*

- *Informationen über den Behandlungskontext,*
- *Informationen über die Anzahl tatsächlich behandelter Patienten (nicht Fälle) bzw. Wiederaufnahmeraten, die zur Beurteilung der Leistungserbringung bei chronischen bzw. nicht heilbaren Erkrankungen unabdingbar erforderlich sind,*
- *Informationen zur Multimorbidität (Nebendiagnosen),*
- *Die Verknüpfung der Diagnosestatistik mit Daten über Operationen, Leistungen, Erlöse und Kosten als Voraussetzung für die Überprüfung von Indikationen (Qualitätssicherung) und die Fallkostenrechnungen,*

- *Direkte und indirekte Informationen über Krankheitsschweregrade,*
- *Informationen über besondere Arbeitsschwerpunkte innerhalb von Fachabteilungen (Spezialisierung mit überregionaler Bedeutung).*

Der Einsatz der Informationen zu überbetrieblichen Vergleichen macht angesichts der Komplexität des Leistungsgeschehens bei allen Beteiligten einen methodenkritischen Umgang mit den Daten im Hinblick auf deren inhaltliche und formale Interpretation erforderlich.
Dem Gesetzgeber obliegt es, mittels einer vorausschauenden Ausformulierung der gesetzlich geforderten Statistiken rechtzeitig Signale zu setzen und einen kontinuierlichen Übergang auf eine sachgerechte Auswertung der diagnosebezogenen Daten zu fördern.“ (JG 1994, Rz. 302)

Es muß allerdings erwähnt werden, daß der ambulante Bereich des Gesundheitswesens in diesem Kapitel des Jahresgutachtens nicht betrachtet wird, und daß die Zusammenhänge insbesondere die Informationen, warum ein Patient aus dem ambulanten in den stationären Sektor und umgekehrt überwechseln muß, nicht berücksichtigt werden. Es wird aber deutlich gemacht, daß eine reine Fallbetrachtung, wie es derzeit noch üblich ist, nicht den gewünschten Erfolg bringen wird. Insofern wird durch die Fokusierung auf den stationären oder ambulanten Sektor das eigentliche Informationsproblem des Gesundheitswesens nicht gelöst. Daß eine sektorenübergreifende Lösung auch gesetzlich möglich ist, konnte in dem vorherigen Kapitel über die Unfallversicherungsträger gezeigt werden.

Um ein solches sektorenübergreifendes Informationsmodell für den gesamten Bereich des Gesundheitswesens entwickeln zu können, müssen zuerst die Ziele eines solchen Modells benannt werden. Erst dann kann man die notwendigen Merkmale beschreiben, die für ein solches Informationsmodell erforderlich sind. Faßt man aus dem bisher Gesagten die Ziele der Gutachten und die Aufträge der Sozialgesetzbücher an die Sozialversicherungsträger zusammen, so können folgende Ziele festgehalten werden:

1. der Leistungsverzehr im Bereich des Gesundheitswesens ist transparent zu gestalten und zwar nach Grund, Art, Umfang und Kosten der Inanspruchnahme,
2. der Gesundheitsschutz (Prävention) ist zu verbessern,
3. für alle Bereiche des Gesundheitswesens ist eine umfassende Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle aufzubauen,
4. der Aufbau von Leitlinien in Diagnostik und Therapie ist zu unterstützen,
5. die Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens ist zu steigern,
6. die unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitswesens sind miteinander zu vernetzen,
7. Rationierung von Gesundheitsleistungen sind zu vermeiden,
8. die Sozialversicherungssysteme sind weiterzuentwickeln,
9. die Beiträge der einzelnen Sozialversicherungen sind stabil zu halten.

Betrachtet man die oben genannten Ziele und sucht man nach einem Lösungsweg innerhalb des bestehenden gesetzlichen Rahmens der Sozialversicherungen, so ist festzustellen, daß es auf Grund der unterschiedlichen Vorschriften der einzelnen Sozialgesetzbücher bzw. sogar unterschiedlicher Regelungen innerhalb eines Sozialgesetzbuches (SGB V) zu keiner befriedigenden Lösung kommen kann. Es ist also notwendig, ein Informationsmodell zu entwickeln, das unabhängig von der Zuordnung der Kompetenz alle Bereiche des Gesundheitswesens umfaßt, auch wenn die Zuständigkeiten heute noch unterschiedlichen Sozialversicherungsträgern und/oder Leistungserbringern zugewiesen sind. Als Hilfestellung für ein solches Informationsmodell kann auf das Beispiel des SGB VII zurückgegriffen werden. Dies vor allem deshalb, da dort schon die datenschutzrechtlichen Probleme der Informationsübermittlung von Behandlungsdaten und Zusammenfassung der Daten in einer gemeinsamen (zentralen) Datei an den Sozialversicherungsträger gelöst sind.

Will man die oben genannten Ziele innerhalb eines einzigen und für alle Bereiche des Gesundheitswesens einheitlichen Informationsmodells erreichen, so ist es notwendig, daß alle Leistungen, die innerhalb dieses Gesundheitssystems erbracht werden, nach einem standardisierten Verfahren dokumentiert und an eine zentrale Stelle in anonymisierter Form gemeldet werden. Die einzelnen Behandlungen der Patienten durch die Leistungserbringer sind, wie oben beschrieben, nicht als einzelne Fälle zu erfassen, sondern sie sind den einzelnen Patienten und ihren Erkrankungen sowie gegebenenfalls deren Ursachen (Grunderkrankungen) zuzuordnen, damit zum einen eine Kostenzuordnung zu den einzelnen Krankheiten ermöglicht wird aber auch Langzeitstudien über einzelne Krankheiten und deren Ressourcenverbrauch möglich werden. Auch für den Bereich der Entwicklung / Weiterentwicklung von Leitlinien in Diagnostik und Therapie sind diese Langzeituntersuchungen unerläßlich. Weiterhin ist es im Rahmen der Qualitätssicherung, insbesondere in bezug auf die Ergebnisqualität, unabdingbar, die Daten patienten- und diagnosebezogen zu erfassen.
Hinsichtlich des Informationsmodells sind folgende Informationen erforderlich:

1. Identifikation des Leistungserbringers,
2. Identifikation des Kostenträgers
3. Identifikation des Patienten,
4. Behandlungszeitraum (von – bis),
5. Grundinformation der Versorgung / Behandlung,
    1. Versorgungsstufe,
    2. Anspruchsgrundlage,
    3. Art der Versorgung / Behandlung (Aufnahme),
    4. Art der Versorgung / Behandlung (Entlassung),
    5. Fachbereich,

6. Diagnosen, Diagnosenzusätze, Schäden, Aktivitäten, Partizipation (ICIDH-2),
    1. Aufnahmediagnose,
    2. Überweisungs-/Einweisungsdiagnose,
    3. Entlassungs-/Verlegungsdiagnose,
    4. Arbeitsunfähigkeitsdiagnose,
7. Erbrachte Leistung(en) je Indikation,
    1. Indikation (Diagnose),
    2. Leistung
    3. Kosten und Erlöse
8. Verordnete Leistung(en) je Indikation,
    1. Indikation(Diagnose),
    2. Leistung

Grundsätzlich muß für ein solches Informationsmodell gelten, daß alle Sektoren des Gesundheitswesens mit einbezogen werden, unabhängig davon, in welchem Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherung die Leistungen erbracht bzw. verantwortet werden. Ist dies nicht der Fall, so werden zwar möglicherweise einzelne Schwierigkeiten innerhalb der Zuständigkeit eines Sozialleistungsträgers deutlich, die übergreifenden Probleme sowie Schnittstellenprobleme werden aber nicht aufgezeigt.

Zum Schutz der persönlichen Daten des Patienten ist es bei einer solchen Datensammlung von besonderer Bedeutung, daß in Anlehnung an die Vorschriften des § 204 SGB VII eine Anonymisierung der Daten stattfindet. Im SGB VII ist dies dadurch gelöst, daß die Daten in der zentralen Datei unter einem jeweiligen Aktenzeichen des einzelnen Unfalles gespeichert sind, das keinen direkten Rückschluß auf den behandelten Patienten zuläßt (vgl. Hauck (5), K § 204,Rz 8, S. 7). Allerdings ist für die einzelne Unfallversicherung die Zuordnung der Daten zu

den einzelnen Patienten und Betrieben möglich. In ähnlicher Weise kann die Krankenversicherungsnummer, die jeder Versicherte laut § 290 SGB V erhält, benutzt werden. Auch diese Nummer enthält keine Daten, die einen Rückschluß auf die versicherte Person zulassen. Regelungsbedürftig ist allerdings noch, daß die Kartennummer bei einem Wechsel der Krankenkasse nicht geändert wird. Eine Änderung der Nummer der Krankenversichertenkarte sollte im Hinblick auf die Zuordnung der Daten zu einem Patienten ausgeschlossen werden, damit in der zu schaffenden zentralen Datei, in der alle Daten zusammengeführt werden, sichere Auswertungen über die einzelnen Patientenkarrieren möglich sind. Dies ist heute nicht möglich, da jede Krankenkasse die Nummern der Krankenversichertenkarten selbst vergibt und zwischen den einzelnen Krankenkassen keine Koordination diesbezüglich besteht. Für den Bereich der Pflegeversicherung – § 101 SGB XI – gelten diese Ausführungen in gleicher Weise. In der Kommentierung zu § 101 SGB XI wird darauf verwiesen, daß in den meisten Fällen die Patienten bei derselben Kasse sowohl kranken- als auch pflegeversichert sind. Es ist sinnvoll, zur Identifikation der Mitglieder in beiden Fällen dieselbe Nummer zu verwenden (vgl. Hauck (8), K § 101, S. 1).

In dem Bereich der Rentenversicherung ist heute ein solches Verfahren ebenfalls nicht möglich, da die Rentenversicherungsnummer unter anderem das Geburtsdatum sowie den ersten Buchstaben des Familiennamens enthält.

„(2) Die Versicherungsnummer einer Person setzt sich zusammen aus 1. Der Bereichsnummer des die Versicherungsnummer vergebenden Trägers der Rentenversicherung, 2. Dem Geburtsdatum, 3. Dem Anfangsbuchstaben des Geburtsnamens, 4. der Seriennummer, die auch eine Aussage über das Geschlecht einer Person enthalten darf, und 5. der Prüfziffer.“ § 147 SGB VI).

Deutlich muß allerdings noch einmal festgehalten werden, daß derzeit das Verfahren der Patientenidentifikation auf der Basis der Krankenversichertennummer nach dem SGB V keine 100 %-ige Erfassung aller Leistungen in unserem Ge-

sundheitssystem zuläßt, da nicht jeder Patient auch in Gesetzlichen Krankenversicherung anspruchsberechtigt ist. Insofern ist die Einführung einer allgemein gültigen Sozialversicherungsnummer für jeden dringend geboten, z. B. in Anlehnung an die Sozialversicherungsnummer in den USA. Eine allgemeine Sozialversicherungsnummer kann ebenso wie die Krankenversicherungsnummer ohne Personenbezug aufgebaut sein.

Nachfolgend werden die oben genannten 8 Punkte näher erläutert. Im Anschluß daran soll gezeigt werden, welche Analysemöglichkeiten mit Hilfe des hier entwickelten Informationsmodells gegeben sind. Darüber hinaus wird dargestellt, daß die Abrechnung und Honorierung der Leistungserbringer mit diesem Modell abgewickelt werden kann. Auch wird gezeigt, daß ein Vergleich der Leistungserbringer mit diesem Informationsmodell möglich ist (vgl. § 5 BPflV). Daneben soll auf mögliche Weiterentwicklungen im Bereich der Vergütung von Leistungen im Gesundheitswesen insbesondere im Krankenhaus eingegangen werden.

Erläuterungen zu den einzelnen Punkten des Informationsmodells:

1. Identifikation des Leistungserbringers:

   Die Identifikation erfolgt über das Institutionskennzeichen, das jeder Leistungserbringer zentral von der SVI in St. Augustin erhält.

2. Identifikation des Kostenträgers:

   Zur Identifikation des einzelnen Kostenträgers wird das IK des einzelnen Kostenträgers herangezogen (wie Punkt 1).

3. Identifikation des Patienten:

   Für die Identifikation des Patienten sind die nachstehenden Daten zu erheben:

   1. Krankenversichertennummer oder wenn verfügbar allgemeine Sozialversicherungsnummer,
   2. Name, Vorname
   3. Alter, Geburtsdatum
   4. Geschlecht
   5. Familienstatus (ledig, verheiratet, etc.)
   6. Versichertenstatus (Mitglied, Familienmitglied, Rentner, etc.).
   7. Postleitzahl, Wohnort

4. Behandlungszeitraum (von - bis):

   Grundsätzlich ist hier der Beginn und das Ende einer Behandlung durch einen Leistungserbringer einzutragen. (Im Bereich der stationären Behandlung ist als Leistungserbringer die einzelne Fachabteilung anzusehen (vgl. auch 5.3 Aufnahme sowie 5.5 Entlassung). Für die Abrechnung der Leistungen der niedergelassenen Ärzte mit den Kassenärztlichen Vereinigungen kann hier auch der Beginn und das Ende eines Abrechnungsquartals angegeben werden.

5. Grundinformation der Versorgung/Behandlung

   1. Art der Versorgung (Versorgungsstufe):

      Als Art der Versorgung sind z. B. vorzusehen: ambulant, tagesklinisch, nachtklinisch, teilstationär und stationär.

   2. Anspruchsgrundlage der Versorgung:

      Die Art der Anspruchsgrundlage für einen Patienten kann sich aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen ergeben. Es sind dies u. a. das SGB V, SGB VI, SGB VII, SGB XI sowie beispielsweise Behand-

lungen und Untersuchungen zum Zwecke von Gutachten z. B. für das Sozialgericht.

3. Art der Versorgung bei Behandlungsbeginn (Aufnahme):

   Hier sind z. B. folgende Merkmale zu erfassen: akut, geplant, Langzeit-Dauerbehandlung, Rehabilitation, Gutachten, geplante Wiederholungsbehandlung im Rahmen einer Therapie, Wiederholungsbehandlung wegen Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Rahmen einer Therapie, Wiederholungsbehandlung zur Kontrolle des Gesundheitszustandes im Rahmen einer Therapie, Übernahme aus einer anderen Fachabteilung der Einrichtung (interne Verlegung), Übernahme aus einer anderen stationären Einrichtung (externe Verlegung).

4. Art und Grund der Versorgung bei Behandlungsende (Verlegung / Entlassung):

   Hier sind z. B. folgende Merkmale zu erfassen: Abschluß der Behandlung, nach Hause entlassen, Überweisung an einen anderen Facharzt oder Fachabteilung (interne und externe Verlegung), Rücküberweisung an den Hausarzt, verlegt in eine andere Einrichtung (stationär oder teilstationär), verlegt in eine andere Einrichtung (stationär oder teilstationär zur Rehabilitationsbehandlung), Tod.

5. Fachbereich:

   Kennzeichnung der behandelnden Fachabteilung (z. B. Chirurgie, Innere Medizin, hausärztliche Behandlung)

6. Unfall:

   Sofern die Ursache der Behandlung ein Unfall ist, der im Rahmen der Aufgaben der Berufsgenossenschaften behandelt wird, sind folgende ergänzende Informationen notwendig: Unfalltag, Unfallbetrieb und Aktenzeichen der Berufsgenossenschaft.

6. Diagnosen, Diagnosenzusätze, Schäden, Aktivitäten, Partizipation nach dem ICIDH-2:

In diesem Informationsblock sind die Diagnosen bei Aufnahme, Überweisung bzw. Einweisung, Verlegung/Entlassung oder Beendigung der Behandlung und die Arbeitsunfähigkeitsdiagnose anzugeben. Alle Diagnosen sind in gleicher Weise nach folgendem Schema zu dokumentieren und zu erheben:

1. Diagnose nach der ICD,
2. Diagnosezusätze (Mehrfachnennung möglich)
    - Diagnose gesichert,
    - Diagnose gebessert,
    - Diagnose verschlechtert,
    - Diagnose chronifiziert,
    - Dauerdiagnose,
    - Verdachtsdiagnose,
    - Prävalenz,
    - Inzidenz.
3. Grunderkrankung nach der ICD,
4. Schäden, Aktivitäten, Partizipation (ICIDH-2),

Dieses Schema zur Darstellung der Diagnosen ist auch für die unter Punkt 7 und 8 zu erfassenden Diagnosen (Indikation) gleichermaßen verbindlich. Damit wird sichergestellt, daß in allen Fällen, in denen die Angabe der Diagnose notwendig ist, diese nach dem gleichen Verfahren dokumentiert wird und somit spätere Auswertungen erleichtert werden. Neben der Verschlüsselung der Diagnose nach der jeweils gültigen ICD sind die oben aufgeführten Diagnosezusätze eine wichtige Zusatzinformation, um die Dia-

gnose näher zu beschreiben. Diese Angaben sind insbesondere für epidemiologische Untersuchungen von Bedeutung aber auch zur Verlaufskontrolle und Qualitätskontrolle der Behandlung. Die Festlegung nach welcher Revision des ICD z. B. 9. oder 10. die Diagnosen erfaßt werden müssen, ist vom Gesetzgeber zu treffen. Es muß der Zustand vermieden werden, daß die Diagnosen, wie es derzeit der Fall ist, innerhalb der verschiedenen Sektoren – ambulant (ICD-10)/stationär (ICD – 9)- nach unterschiedlichen Revisionen des ICD erhoben werden. Da zur Zeitfür die Verschlüsselung unterschiedliche Kodierungen verwendet werden, ist eine direkte Zuordnung der Leistungen zu bestimmten Diagnosen nicht mehr eindeutig möglich.

Um die Leistungen und Kosten den eigentlichen Ursachen zuordnen zu können, ist es in vielen Fällen notwendig, daß die Grunderkrankung bekannt gemacht wird. Dies ist insbesondere wegen der Zunahme der chronischen Erkrankungen von Bedeutung. Zum Beispiel lassen sich nur so für die Diagnose „Diabetes mellitus“ (250 ff ICD-9) die wirklichen direkten Kosten und Folgekosten ermitteln. Welche Bedeutung die Erhebung und Dokumentation der Grunderkrankung hat zeigen folgende Zahlen:

In dem Gesundheitsbericht für Deutschland werden die direkten Kosten für die Behandlung des Diabetes auf 6,1 Mrd. DM für das Jahr 1994 geschätzt (vgl. GBE 1998, S. 241). Eine direkte Berechnung selbst der direkten Kosten liegt nicht vor. In einer neuen Studie CODE-2 „Costs of Diabetes in Europe Type 2“ werden die jährlichen Kosten für die Behandlung des Diabetes Type 2, Altersdiabetes, in Deutschland auf 31,4 Mrd. DM (1998) jährlich geschätzt. Die hier publizierte Studie geht weiter von einem Anstieg der Zahl der Diabetiker von 1995 bis 2025 um über 40 % aus, was einer weiteren Zunahme der Kosten für die Behandlung des Diabetes bedeutet

(Naschold B., 2000, S. A44 f.). Vergleicht man die Zahlen aus dem Gesundheitsbericht und der hier vorgestellten Studie und vernachlässigt die Kostensteigerung von 1994 nach 1998 so sind Behandlungskosten der Folgeerkrankungen des Diabetes etwa das 4-fache der direkten Behandlungskosten hinzuzurechnen (6,1 + 25,3 = 31,4). Dieses Beispiel zeigt, wie bedeutsam die Kenntnis der Grunderkrankungen und Folgeerkrankung ist. Insofern ist es unabdingbar, daß neben der jeweiligen Behandlungsdiagnose auch die dazugehörige Diagnose der Grunderkrankung erfaßt wird.

Werden im übrigen im Rahmen der Behandlung Leistungen erbracht (7) oder verordnet (8), die nicht der Hauptbehandlungsdiagnose direkt zuzuordnen sind, wird dies dadurch deutlich, daß alle erbrachten und verordneten Leistungen jeweils einer Indikation/Diagnose zuzuordnen sind. Insofern werden mitbehandelte Nebendiagnosen automatisch durch die Zuordnung der erbrachten und verordneten Leistungen erfaßt.

Darüber hinaus soll das Informationsmodell neben der Diagnose auch Informationen über „Schädigungen, Aktivitäten und Partizipation“ nach Art und Umfang auf der Basis des ICIDH-2 zur besseren Beschreibung der Indikation der Leistung zum Zeitpunkt bzw. für die Überprüfung in Langzeitstudien – Erfolg der Leistungen - enthalten. Hierzu wird in dem Vorwort zu der Revision des ICIDH u.a. ausgeführt:

„Das Disabilitykonzept wurde durch das Aktivitätskonzept präzisiert. Im Rahmen des Konzeptes wird nur noch die Frage beantwortet, ob eine Person zum Untersuchungszeitpunkt tatsächlich in der Lage ist, eine bestimmte Aktivität durchzuführen, hierbei Schwierigkeiten hat oder hierzu nicht imstande ist. Die Feststellung von Aktivitätsstörungen (Störungen der aktivitätsbezogenen Integrität) ist Teil der Leistungsdiagnostik der Rehabilitation“ (vgl. ICIDH-2, 1998, S. 6).

Die zusätzliche Verwendung des ICIDH-2 soll zum einen der Beurteilung von individuellen Krankheitsverläufen (Ergebniskontrolle) und zur Bestimmung des individuellen Behandlungsbedarfs dienen, zum anderen können die Daten des ICIDH-2 „*in der Forschung des Gesundheitswesens zur Dokumentation der Inanspruchnahme von Dienstleistungen, Krankenhausaufenthalten und Entlassungsplänen sowie der Bewertung der Ergebnisse benutzt werden, d.h. zur Beschreibung der Effektivität von Interventionen*“ (vgl. ICIDH-2, 1998, S. 14). Ebenso können die Ergebnisse hieraus für die Bedarfsplanung sowie die epidemiologische Forschung eingesetzt werden.

Zusätzlich zu den oben beschriebenen 4 Punkten zur Darstellung von Diagnosen sind bei der Einweisungs-/Überweisungsdiagnose der Ein-/Überweiser (z.B. IK des Einweisers) zu erfassen.

Bei der Diagnose der Arbeitsunfähigkeit ist der Beginn und das voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit anzugeben sowie die Information, ob es sich um eine Erstbescheinigung oder Folgebescheinigung handelt. Wichtig bei der Ausstellung der Arbeistunfähigkeitsbescheinigung ist es, daß bei der wiederholten Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Indikation/Diagnose der Sozialversicherungsträger frühzeitig in die Lage versetzt wird, einen notwendigen Rehabilitationsbedarf zu erkennen und somit einer eventuellen Chronifizierung eines Leidens und der damit einhergehenden Erwerbsminderung bzw. frühzeitigen Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit und damit einer Verrentung vorzubeugen. Die bisher bestehenden Statistiken und Analysen auf der Basis der Reha-Verlaufsstatistik der BfA ergeben hier nur ein sehr unvollständiges Bild: Erstens sind in dieser Statistik nur die Daten von BfA-Patienten enthalten, zweitens sind nur Patienten erfaßt, die schon einmal eine Rehabilitationsmaßnahme durchlaufen haben.

Alle Entlassungsdiagnosen sind für die Anwendung eines DRG-Systems von Bedeutung. Damit die richtige Reihenfolge der Diagnosen bei der Verwendung eines DRG-Groupers eingehalten wird, müssen die Entlassungsdiagnosen von ihrer Bedeutung für die betrachtete Behandlung hierarchisch geordnet werden. Hierfür werden die Diagnosen von 0 (Hauptdiagnose) bis n (= n-te Nebendiagnose) durchnummeriert.

7. Erbrachte Leistung(en) je Indikation / Diagnose:

Wie schon unter Punkt 6 erwähnt, sind alle erbrachten und verordneten Leistungen jeweils einer Indikation / Diagnose zuzuordnen. Das bedeutet, daß zu jeder erbrachten / verordneten Leistung auch die entsprechende Diagnose zu erfassen ist. Das Schema zur Erfassung und Dokumentation der Diagnosen ist oben beschrieben und muß an dieser Stelle nicht wiederholt werden.

Um für die Leistungserfassung zu einem einheitlichen Bild zu gelangen, muß das derzeitige Verfahren der Leistungsbeschreibung, das je nach Sektor und Kostenträger unterschiedlich ist, grundlegend geändert werden. So werden im ambulanten Bereich der EBM, die GOÄ, die Abrechnung auf der Basis des Ärzteabkommens (UV-GOÄ) und der DKG-NT als Leistungslegenden je nach Kostenträger benutzt. Im stationären Bereich kommen die GOÄ, der EBM, der DKG-NT sowie die Kataloge der Fallpauschalen und Sonderentgelte nach der BPflV zur Anwendung. Für Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der Rentenversicherungsträger sind zusätzlich die therapeutischen Leistungen im einheitlichen Entlaßbericht nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) zu verschlüsseln. Auf der Grundlage des SGB XI soll für den Bereich der Pflegeleistungen eine neue Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen erarbeitet werden (§ 90 SGB XI). Das bedeutet für die Leistungscodierungen innerhalb der einzelnen Einrichtungen des Gesund-

heitswesens, daß eine Vielzahl von Leistungskatalogen immer präsent sein muß. Vielfach beschreiben die unterschiedlichen Leistungskataloge gleiche oder ähnliche Leistungen, so daß hier auch die Frage nach der Sinnhaftigkeit des Einsatzes dieser vielen Leistungskataloge zu stellen ist. Dies wird durch die folgenden Beispiele aus dem Bereich der Leistungsziffern für die Wundversorgung gezeigt.

GOÄ – Gebührenordnung für Ärzte -

2000 (7,98 DM/18,35 DM/17,56 DM) Versorgung einer kleinen Wunde.

2001 (14,82 DM/34,09 DM/32,60 DM) Versorgung einer kleinen Wunde einschl. Naht.

2002 (18,24 DM/41,95 DM/40,13 DM) Versorgung einer kleinen Wunde einschl. Umschneidung und Naht.

2003 (14,82 DM/34,09 DM/32,60 DM) Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde.

2004 (27,36 DM/62,93 DM/60,19 DM) Versorgung einer großen Wunde einschl. Naht.

Anm.: Die DM Beträge sind: 1. Einfachsatz GOÄ, 2. Schwellenwert = GOÄ * 2,3 und 3. Der Abrechnungsbetrag für Patienten der Krankenversorgung der Bundesbahn (KVB).

EBM – Einheitlicher Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen einschließlich BMÄ und EGO

2002 (260 Pkt.) Wundversorgung einer kleinen Wunde, einschließlich Ausschneidung und Wundverschluß.

2004 (300 Pkt.) Versorgung einer großen Wunde, einschließlich Wundverschluß

Hierbei ist noch folgende Beschreibung aus dem EBM über die Wundgröße zu beachten:

Unterbrechungen der Unversehrtheit der Körperoberfläche bzw. Ausdehnungen von krankhaften Prozessen werden in diesem Kapitel nach folgenden Kriterien den Begriffen „klein“ bzw. „groß“ zugeordnet:
Länge: kleiner oder größer als 3 cm
Fläche: kleiner oder größer als 4 cm²
Raum : kleiner oder größer als 1 cm³
Nicht anzuwenden ist der Begriff „klein“ bei Eingriffen am Kopf, an den Händen und bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.

Die entsprechenden Leistungsbeschreibungen und Hinweise für die Abrechnung mit den Berufsgenossenschaften (UV-GOÄ) lauten wie folgt:

2000 (9,50 DM/11,80 DM) Versorgung einer kleinen Wunde .

2001 (17,60 DM/21,90 DM) Versorgung einer kleinen Wunde einschl. Naht.

2002 (21,60 DM/26,90 DM) Versorgung einer kleinen Wunde einschl. Umschneidung und Naht.

2003 (17,60 DM/21,90 DM) Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde

2004 (32,40 DM/40,40 DM) Versorgung einer großen Wunde einschl. Naht.

Anm.: Die DM Beträge sind gültig für: 1. Allgemeine Heilbehandlung und 2. besondere Heilbehandlung.

Zur Frage der Beurteilung, ob eine Wunde als groß oder klein einzustufen ist heißt es in der UV-GOÄ:

„Bei der Beurteilung der Frage, ob eine Wunde klein oder groß im Sinne des Gebührenverzeichnisses ist, sind der Sitz der Wunde, ihre Oberflächenausdehnung und ihre Tiefe entscheidend. 2 bis 3 cm lange Schnittwunden sind im allgemeinen als kleine Wunden anzusehen, selbst wenn sie eine gewisse Tiefe haben. An Armen und Beinen sind Wunden von 5 cm Länge noch als kleine Wunden anzusehen.

So auch die Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften 1985, wo zusätzlich noch ausgeführt wird:

An Fingern und Zehen sowie am Auge sind bereits 2 bis 3 cm lange Schnittwunden als große Wunde anzusehen, wenn sie in die Tiefe reichen.

Kopfschwartenwunden sind meist kleine Wunden, es sei denn, daß sie etwa 5 cm lang sind und bis auf den Knochen reichen."

Neben der unterschiedlichen Beschreibung der Leistungen für die Versorgung von Wunden und den damit abzurechnenden Positionen gibt es auch Ziffern, bei denen der Preis das einzige Unterscheidungsmerkmal ist, wie das untenstehende Beispiel zeigt.

Ziffer 1305 Operation der Lidsenkung (Ptosis)

Preise GOÄ (84,25 DM/ 193,78 DM/185,35 DM)

Punkte EBM 1200

Preise UV-GOÄ (99,80 DM/124,20 DM)

(Anm. Die vorstehenden Ziffern und die Erläuterungen sind aus den unterschiedlichen Gebührenwerken aus der Loseblattsammlung: „ÄGV Soziale Gesetzgebung Praxis Gebühren- und Vertragsrecht – Ärzte“ entnommen.)

Die hier aufgeführten Beispiele zeigen, daß nicht nur die unterschiedlichen Leistungsbeschreibungen zu beachten sind, sondern auch die Definition, wann z.B. eine Wunde als groß bzw. klein einzustufen ist, von den Krankenkassen und Berufsgenossenschaften unterschiedlich gesehen wird.

Die Fehleranfälligkeit des derzeitigen Verschlüsselungs- und Abrechnungssystems ist damit wesentlich höher gegenüber einer Leistungscodierung, die lediglich auf der Basis eines einzelnen, für alle Leistungserbringer und Kostenträger einheitlichen Leistungskataloges erfolgen würde. Zusätzlich wird durch die Vielzahl der Leistungskataloge künstlich eine überflüssige und im höchstem Maße hinderliche Undurchsichtigkeit/Intransparenz geschaffen. Um einen einheitlichen Leistungskatalog auch wie bisher zu den unterschiedlichen Abrechnungssystemen heranziehen zu können, wäre es lediglich notwendig, daß der Gesetzgeber einen einheitlichen Leistungskatalog definiert und bereitstellt. Diesen können dann die einzelnen Vertragspartner entsprechend ihren Aufgaben und Verträgen unterschiedlich bewerten bzw. honorieren. Dies kann wie bisher in Form von festen DM-Beträgen geschehen. Möglich ist aber auch, die Leistungen mit Punkten zu bewerten und diese später in einer zusammenfassenden Abrechnung (z. B. Abrechnung über Kassenärztliche Vereinigung) in DM-Beträgen umzurechnen und die Beträge an die Ärzte auszuschütten (sektorale Abrechnung, budgetierte sektorale Abrechnung). Als einheitlicher Leistungskatalog bietet sich der ICPM an. In der von der WHO veröffentlichten Form enthält dieser Leistungskatalog folgende Kapitel:

1. medizinische Diagnostik
2. Laboratoriumsmedizin
3. Radiologie
4. Prävention
5. Chirurgische Leistungen
6. Medikamente
7. Medikamente
8. sonstige therapeutische Maßnahmen
9. sonstige Therapien

Mit diesen Kapiteln werden im wesentlichen die Leistungen, die heute in den verschiedenen Verzeichnissen wie EBM, GOÄ, UV-GOÄ, DKG-NT etc. enthalten sind abgebildet. Daß der Leistungskatalog nicht auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft ist, liegt darin begründet, daß dieser Katalog von der WHO 1978 zuletzt aufgelegt worden ist und seither nicht mehr den medizinischen Gegebenheiten angepaßt wurde.

Um künftig mit diesem Informationsmodell auch problemlos ein DRG-System einführen zu können, müssen in gleicher Weise wie die Entlassungsdiagnosen auch die Leistungen markiert werden, die für eine Eingruppierung innerhalb eines DRG-Systems notwendig sind. Auch hier ist der Haupteingriff mit einer 0 zu kennzeichnen, alle Nebeneingriffe mit fortlaufenden Nummern (1, 2, 3, ...). Leistungen, die für die Eingruppierung innerhalb eines DRG-Systems ohne Bedeutung sind, werden einer –1 (Default-Wert) versehen.

Zusätzlich zu den medizinischen und therapeutischen Leistungen, die in den oben beschriebenen Gebührenwerken enthalten sind, sind in den Kapiteln 6 und 7 des ICPM auch die Medikamente nach Wirkstoffen geordnet enthal-

ten. Die Verschlüsselung nach den Kapitel 6 und 7 des ICPM bei der Verabreichung und Verordnungen von Medikamenten sowie die Abgabe und Abrechnung der Medikamente durch die Apotheken würde einen deutlichen Zugewinn an Informationen im Bereich Ursachen, Verbrauch und Kosten der Medikamente bringen. Hier darf darauf hingewiesen werden, daß in der Schweiz mit der Einführung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) im Jahre 1995 gemäß Art. 33 ff ein einheitlicher Katalog von Leistungen erarbeitet wurde (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV), der Gegenstand der Leistungspflicht der Krankenversicherung ist.

Wichtig neben der Angabe der Leistung(en) ist die Zuordnung der Leistung(en) zu der Indikation – Diagnose - , d. h. warum eine Leistung erbracht bzw. verordnet wurde. Insofern müssen bei wechselnden Indikationen – Diagnosen – auch die entsprechenden Diagnosen nach ICD zusätzlich zur jeweiligen Leistung codiert werden (Beispiel: Operation wegen Katarakt, Kontrolle des Blutzuckerspiegels wegen bestehendem Diabetes mellitus). Nur so lassen sich später exakte Auswertungen über den Umfang und die Kosten der Leistungen nach einzelnen Diagnosen bzw. Diagnosegruppen machen.

Für die Abrechnung mit den jeweiligen Kostenträgern ist der Einzelpreis der Leistung zu dokumentieren, der mit den unterschiedlichen Kostenträgern ausgehandelt wurde (Feld Erlös). Damit kann aus diesem Informationsmodell eine einheitliche, für alle Leistungsanbieter gleichermaßen verbindliche, gültige Abrechnung erstellt werden.

Für die innerbetriebliche Leistungsverrechnung/Kostenrechnung (Controlling) ist es notwendig, daß die angefallenen Kosten sowie die anfordernde und erbringende Kostenstelle erfaßt werden.

Neben den bisher beschriebenen Informationen ist das Modell um die Dokumentation der Befunde/Ergebnisse zu ergänzen. Diese Dokumentation der Befunde dient zum einen der internen medizinischen Kommunikation, aber sie kann gleichfalls zur Information externer an der Behandlung des Patienten beteiligter Leistungsanbieter verwendet werden. Diese externe Information und Kommunikation gewinnt insbesondere in vernetzten Gesundheitsbereichen (Managed Care Systemen) an Bedeutung, da es in solchen Systemen auf eine schnelle, standardisierte Information (Befundübermittlung) der an der Behandlung beteiligten Leistungsanbieter ankommt. Mit einer standardisierten Ergebnisdarstellung und entsprechenden technischen Vernetzung unter Berücksichtigung des notwendigen Zugriffsschutzes ließe sich der Informationsfluß zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern dann auch optimieren. Für die Standardisierung der Befunddokumentation können die Beschreibungen des HL7 herangezogen werden, der am 13.5.1999 von dem American National Standards Institute (ANSI) als Standard anerkannt worden ist. Für den Bereich der Bilddarstellung sind ebenfalls die ersten Standards (vgl. DICOM) erarbeitet und verfügbar.

8. nach Außen verordnete Leistung(en) (je Indikation/Diagnose):

Hier kann auf die Ausführung zu Punkt 7 verwiesen werden. Zusätzlich ist bei den verordneten Leistungen die Versorgungsstufe, der Zeitraum sowie die Anzahl der Leistungen innerhalb des geplanten Zeitraumes, bei Medikamenten die Dosis je Applikation anzugeben, in der die verordnete Leistung erbracht werden soll.

In der schematischen Darstellung des Informationsmodells (Abbildung 8) ist neben den einzelnen Feldern die Spalte „in § 301“ hinzugefügt. In dieser Spalte sind diejenigen Felder mit einem „X“ gekennzeichnet, die schon heute in der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V enthalten sind. Für die mit „(X)“ gekennzeichneten Felder gilt dies allerdings nur in einem eingeschränkten Maße. Bei den Einschränkungen handelt es sich um folgende:

- In dem Informationsblock 6.2. Einweisungs-/Überweisungsdiagnose ist die Diagnose derzeit nur bei der Einweisung zur stationären Behandlung anzugeben.
- In dem Informationsblock 6.3. Entlassungsdiagnose wird das Feld Diagnosezusatz derzeit nur in Fällen der stationären Rehabilitation von den Rentenversicherungsträgern genutzt (§ 301 Abs. 4 SGB V). In allen anderen Fällen wird diese Information nicht übertragen.
- Im Informationsblock 7.5. erbrachte Leistungen werden derzeit für folgende Leistungen Informationen an die Kostenträger übertragen:
  1. Bei allen stationär erbrachten Operationen werden in der Nachrichtenart Entlassungsanzeige „ENTL“ in dem Segment „FAB“ Operationstag und die Angaben nach dem OPS301 übermittelt.
  2. Bei allen ambulant erbrachten Operationen nach § 115 b SGB V werden in der Nachrichtenart Rechnungssatz ambulante Operation „ZAAO“ in dem Segment „ENA“ in dem Feld Entgeltart die jeweiligen EBM-Ziffern an die Kostenträger übertragen. Die gilt nicht für die gleichen Operationen, die im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erbracht werden.
  3. In der Entlassungsanzeige Nachrichtenart „ENTL“ können in dem Segment Reha, Behandlung, geeignete Einrichtung „RGB“ die durchgeführten Rehabilitationsleistungen nach der KTL dokumentiert werden. Diese Information ist derzeit aber keine muß Bestimmung.

4. Bei der Datenübertragung nach § 301 Abs. 4 SGB V sind die erbrachten Rehabilitationsleistungen gemäß der KTL an die Kostenträger zu übermitteln. Dies gilt aber nur, wenn der Kostenträger ein Rentenversicherungsträger ist.

- In dem Informationsblock 8. nach Außen verordnete Leistungen sind in folgenden Fällen die Übertragen der Informationen möglich bzw. notwendig.
  1. Sofern der Patient stationär (Akutkrankenhaus) behandelt wurde, kann in der Nachrichtenart Entlassungsanzeige „ENTL“ in dem Segment Reha, Behandlung, geeignete Einrichtung „RGB“ in dem Feld Vorschlag für die weitere Behandlung Hinweise zur weiteren Behandlung des Patienten an den Kostenträger übermittelt werden. Diese Vorschläge der weiteren Behandlung sind in dem Schlüssel 13 der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V zusammengefaßt.
  2. Für den Bereich der Rehabilitation sind in den Fällen, in denen der Kostenträger ein Rentenversicherungsträger ist, die vorgeschlagenen Maßnahmen nach der KTL anzugeben. In diesen Fällen handelt es sich um eine zwingende Angabe.

Darüber hinaus orientiert sich das hier beschriebene Informationsmodell auch an den Forderungen der Europäischen Gemeinschaft. 1981 fand in Brüssel eine Tagung zum Thema „Hospital Statistics in Europe“ statt. Im Verlauf dieser Tagung wurde ein „Minimum Basic Data Set“ (MBDS) beschrieben, das für alle stationären Patienten erhoben und an eine zentrale Auswertungsstelle geliefert werden soll. Dieses MBDS ist die Grundlage, um Fragen der steigenden Kosten aber auch epidemiologische Fragen auf nationaler und internationaler Ebene zu beantworten. Das MBDS enthält folgende Daten:

Tabelle 24: European Minimum Basic Data Set - MBDS

1. hospital identification
2. patient´s number
3. sex
4. age
5. martial status
6. area of residence
7. month and year of admission
8. duration of stay
9. discharge status
10. main diagnosis
11. other diagnosis
12. surgical and obstetric procedures
13. other significant procedures

Die Arbeitsgruppe, die dieses Modell erarbeitet hat, fordert dann folgerichtig:

„*The BM_3 subgroup attached great importance to the word „minimum" and „basic" in selecting a limited array of items, implying that, at this level, each hospital had to collect „not less than" these items in uniform way.*" (Lambert, 1982, S. 88ff).

Daß dieser Forderung der Europäischen Kommission im Grunde erst mit der Einführung der Informationsübermittlung nach § 301 SGB V Folge geleistet wird, ist verwunderlich. Ebenso unverständlich ist, daß in den amtlichen Begründungen zum § 301 SGB V auf das beschriebene europäische MBDS kein Bezug genommen wird, obwohl schon in den Literaturhinweisen des Leitfadens zur Diagnosestatistik auf die Rolle des MBDS hingewiesen wird (vgl. ICD-9, 1988, S. 755). Die Bedeutung des einheitlichen Daten Sets für die stationär behandelten Patienten wird in der Arbeit von M. Casas et al. erneut unterstrichen. Es heißt hier:

„*A code of practice was to be established to ensure the accuracy and reliability of data in the MBDS and to maximize its usefulness. In oder to take full advanta-*

ge of the time and effort involved in collection of the MBDS, attention was particular given to:

- *Feedback to clinicians*
- *Linkage of diagnoses and procedures to financial information, for local management planing and resource allocation*
- *Evaluation of medical care0*
- *Suprainstitutional planning, including listing and scale of high technology services*
- *Epidemiological and clinical research.*

The feasibility of applying the MBDS to outpatient care, obstetric and psychiatric care was also considered.
Members of the Brussels Conference were convinced of the value of the international exchange of hospital information based on the MBDS related to a defined population.“ (Roger France, 1993 S. 6 ff).

Auch wird von Roger France darauf hingewiesen, daß das MBDS die Untergrenze der Daten ist, die für jeden stationären Aufenthalt erhoben und erfaßt werden sollen. Dabei wird jedem Krankenhaus zugestanden, ja empfohlen, einen größeren Datenkranz für die Steuerung des Krankenhauses zu erheben (vgl. Roger France, 1993 S. 9). Für die Zukunft sieht er als vorrangiges Problem die Harmonisierung und Standardisierung der medizinischen Informationen. Nur so sind zukunftsweisende Entwicklungen im Gesundheitsbereich national wie international möglich.

Schematisch sieht das Informationsmodell wie folgt aus:

Abbildung 8: Neues Informationsmodell

	Informationen	§ 301	DRG
I.	**1. Idenifikation des Leistungserbringer**		
	1. Identifikation Leistungserbringer (z.B. IK-Nr.oder Arztnummer)	X	
	2. Idenifikation des Kostenträgers		
	1. IK-Kostenträger	X	
	3. Identifikation des Patienten		
	1. Patientenidentifikation (z.B. Nr. der Krankenversichertenkarte)	X	
	2. Name, Vorname	X	
	3. Alter, Geburtsdatum	X	X
	4. Geschlecht	X	X
	5. Familienstatus	X	
	6. Mitglied, Familienmitglied, Rentner	X	
	7. PLZ, Wohnort	X	
	4. Behandlungszeitraum		
	1. Fall Nummer intern	X	
	2. Aufnahmedatum / Beginn der Behandlung / Quartalsanfang	X	
	3. Entlassungsdatum / Ende der Behandlung / Quartalsende	X	
	5. Grundinformation der Versorgung / Behandlung		
	1. Art der Versorgung/Behandlung	X	
	2. Anspruchsgrundlage		
	3. Art der Versorgung/Behandlung (bei Aufnahme/Beginn der Behandlung)		
	4. Art der Versorgung/Behandlung (bei Entlassung/Ende der Behandlung)		
	5. Fachbereich	X	
	6. Unfall (Unfalltag, Unfallbetrieb, Aktenzeichen)		
	6. Diagnosen, Diagnosenzusätze, Schäden, Aktivitäten, Partizipation (ICIDH-2)		
	1. Aufnahme		
	1. Diagnose ICD	X	
	2. Diagnosezusatz		
	3. Grunderkrankung ICD		
	4. ICIDH-2		
	2. Überweisungs-/Einweisungsdiagnose		
	1. Diagnose ICD	(X)	
	2. Diagnosezusatz		
	3. Grunderkrankung ICD		
	4. ICIDH-2		
	5. Identifikation Einweiser/Überweiser		
	3. Entlassung/Verlegung		
	1. Diagnose ICD	X	X
	2. Diagnosezusatz	(X)	
	3. Grunderkrankung ICD		
	4. ICIDH-2		
	5. Art der Entlassung	X	X
	6. Diagnose Nr. für DRG-System (0 = Hauptdiagnose, 1 .. N = Nebendiagnose(n))		X
	4. Arbeitsunfähigkeit		
	1. Diagnose ICD	X	
	2. Diagnosezusatz		
	3. Grunderkrankung ICD		
	4. ICIDH-2		
	5. Beginn der Arbeitsunfähigkeit	X	
	6. Ende der Arbeitsunfähigkeit		
	7. Erstbescheinigung/Wiederholungsbescheinigung		

	7. erbrachte Leistung(en) (je Indikation/Diagnose)	§ 301	DRG	8. nach Außen verordnete Leistung(en) (je Indikation/Diagnose)	§ 301	DRG
II.	1. Diagnose ICD (Indikation)			1. Diagnose ICD (Indikation)		
	2. Diagnosezusatz			2. Diagnosezusatz		
	3. Grunderkrankung ICD			3. Grunderkrankung ICD		
	4. ICIDH-2			4. ICIDH-2		
	5. Leistung(en) durchgeführt			5. Leistung(e)n verordnet	(X)	
	1. Leistung (ICPM) [2]	(X)	X	1. Leistung(e)n ICPM verordnet [2]		
	2. Nr. für DRG-System [3]		X	2. Versorgungsstufe		
	3. Datum	(X)		3. Zeitraum von (geplant)		
	4. Uhrzeit			4. Zeitraum bis (geplant)		
	5. Anzahl			5. Anzahl je Tag (Zeiteinheit)		
	6. Dauer/Dosis (Einzelbehandlung)			6. Dauer/Dosis (Einzelbehandlung)		
	7. Erlöse/Honorare	(X)		7. Auftraggebenden Kostenstelle [1]		
	8. Kosten			8. Erbringende Kostenstelle [1]		
	9. Auftraggebenden Kostenstelle					
	10 Erbringende Kostenstelle					
	11 Befund/Ergebnis [4]		(X)			

[1] für interne Verordnung bzw. Steuerung

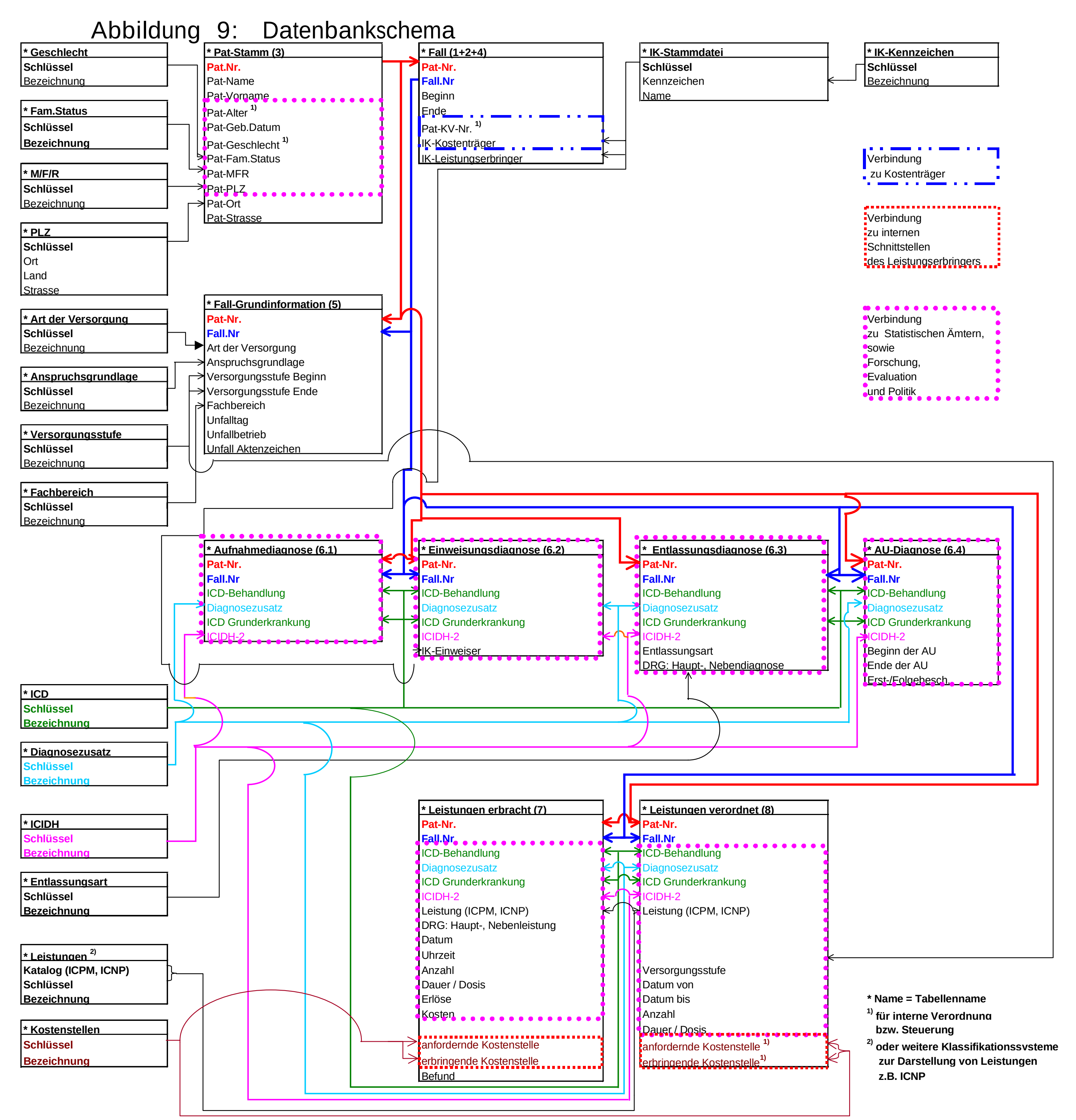
[2] oder weitere Klasiifikationssysteme zur Darstellung von Leistungen z.B. ICNP

[3] Hauptleistung = 0; Nebenleistungen = 1.. N; nicht in DRG-System zu berücksichtigen = -1

[4] Gewicht bei Neugeborenen in Verbindung mit 7.5.1 (Leistungsidentifikation)

Überträgt man das oben dargestellte Informationsmodell in ein Datenbankschema, so kann dies wie folgt aussehen:

Abbildung 9: Datenbankschema



Anmerkung: Die Zahlen hinter den Tabellennamen beziehen sich auf die Zahlen des Schemas auf der vorhergehenden Seite, die übrigen Tabellen sind notwendige Stammdaten.

[1] Bei der Übertragung der Informationen an eine zentrale Datenstelle sind aus der Tabelle Pat. Stamm lediglich die Felder Pat-KV-Nr., Pat-Alter und Pat-Geschlecht zu übermitteln. Alle übrigen Informationen dieser Tabelle sind aus Gründen des Datenschutzes nicht zu übermitteln.

V.3. Möglichkeiten der Umsetzung sowie Auswertungen

Betrachtet man das dargestellte Informationsmodell, so besteht die wichtigste Neuerung gegenüber den bisherigen Datenerhebungen von Leistungserbringern und Kostenträgern im Gesundheitswesen darin, daß sektorenübergreifend alle Daten nach demselben Schema erhoben werden und die medizinisch relevanten Daten nach einheitlichen Nomenklaturen – z. B. den Klassifikationssystemen – strukturiert dokumentiert und weitergeleitet werden. Ein weiteres wichtiges Element dieses Informationsmodells ist es, daß alle Informationen und Daten patienten- und diagnosebezogen erhoben und gespeichert werden. Somit kann dieses oben beschriebene Informationsmodell folgende zentrale Funktionen erfüllen:

1. Systematische Erhebung, Dokumentation und gegebenenfalls Weiterleitung aller Daten und Befunde nach einer einheitlichen Struktur an alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer (Transparenz der Behandlung für Patient und Leistungserbringer).
2. Abrechnung aller Leistungen nach einem einheitlichen für alle Leistungserbringer und Kostenträger gültigen Schema; dies gilt auch im Bezug auf die Abrechnung mit Privatkrankenkassen und Beihilfestellen (Transparenz der Ausgaben für die Kostenträger).
3. Die Daten aus diesem Modells können in gleicher Weise für die Qualitätssicherung und Evaluation von Behandlungsleitlinien als auch für epidemiologische Fragestellungen herangezogen werden.
4. Alle Daten stehen zeitnah zur Verfügung, da die Weiterleitung der Information jeweils mit Beendigung der Behandlung in einem Fachbereich oder aber in einem festen Zeitrahmen z. B. quartalsweise an den jeweiligen Versicherungs-

träger weitergeleitet werden. Notwendige Befunde werden jederzeit dem mitbehandelnden Leistungserbringer zur Verfügung gestellt.

Die folgende Tabelle zeigt noch einmal die unterschiedliche Struktur und Weitergabe der Informationen und Daten, die die Krankenkassen (nur SGB V) je nach Leistungserbringer und Versorgungsstufe derzeit im Rahmen der Abrechnung der Leistungen erhalten sowie die Informationen nach dem oben beschriebenen für das gesamte Gesundheitswesen gültige Informationsmodell.

Tabelle 25: Informationen geltendes Recht – Informationsmodell

Verfügbarkeit der Daten				
Geltendes Recht			Modell für alle Bereiche des Gesundheitswesens: SGB V, SGB VI, SGB VII, SGB XI	
	Information		Information	
SGB V	Empfänger	Inhalt	Empfänger	Inhalt
§ 295 ff	KV	Ambulanter vertragsärztlicher Bereich – Fall = Behandlungsfall – Diagnosen nur im Klartext, nicht verschlüsselt – Leistungen nicht Diagnosen zugeordnet	4)	Verfügbare Daten: – Identifikation Leistungserbringer – Identifikation Patient – Diagnosen (ICD) – Diagnosenzusätze – ICIDH-2 (Erfolg) – Grunderkranung (ICD) – Leistungen nach einheitlichenKatalog – Zuordnung der leistung zur Behandlungsdiagnose und Grunderkrankung – Erlöse / Kosten je Behandlungsfall – Befund – Anfordernde Kostenstelle[3] (Leistungserbringer) – Erbringende Kostenstelle[3] (Leistungserbringer
	KK	Erhalten nur Stichproben der Abrechnungsdaten, der Bezug zur KV-Karten Nummer muß vernichtet sein		
§ 300	KK	Medikamente – Fall = Rezept – KV-Karten Nummer – Bezug zu Rezeptaussteller – Kein Bezug zur Diagnose		
§ 301	KK	Stationär, teilstationär, Ambulantes Operieren – IK Leistungserbringer – Fall = Krankenhaus-aufenthalt – KV-Karten Nummer – Duagnose (ICD) – Operation (ICPM / OPS301) – Entgelte – Einweiser (Arzt)		
§ 302	KK	Sonstige Leistungserbringer IK Leistungserbringer Fall = Verordnung KV-Karten Nummer Asusteller Verordnung (Arzt) Kein Bezug zur Diagnose		

Anm.: 1) = Kassenärztliche Vereinigung
2) = Krankenkasse

3) gilt nur für die innerbetriebliche Kostenrechnung
4) die Empfänger der Information sind in dem Informationsmodell z.B. die Kostenträger (Abrechnungsdaten), die Leistungserbringer (Befunde, Ergebnisse), die Ministerien oder Statistischen Ämter (aggregierte Leistungsdaten und Kosten).

Nach dem neuen Informationsmodell liegen die Daten über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen umfassend in einer standardisierten und einheitlichen Struktur vor. Damit sind folgende Sichten auf das Informationsmodell möglich:

V.3.1 Sicht des Patienten

Durch die einheitliche Erfassung und Dokumentation der Befunde ist es möglich, zum einen dem Patienten zum anderen dem jeweiligen Leistungserbringer alle notwendigen Vorbefunde und Informationen über die bisher durchgeführten Therapien auch elektronisch zur Verfügung zu stellen. Dies führt zu einer umfassenden Information über den einzelnen Patienten für den jeweils (mit)behandelnden Leistungserbringer. Somit können unnötige Doppeluntersuchungen und –leistungen vermieden werden, da alle Befunde zeitnah und vollständig vorliegen. Auch ist mit diesem Informationsmodell eine Beurteilung über den Erfolg der bisherigen Therapie möglich, da eine entsprechende Information auf der Basis der Diagnosezusätze und des ICIDH-2 enthalten ist. Somit kann der behandelnde Arzt z. B. auch frühzeitig einen entsprechenden Präventions- bzw. Rehabilitationsbedarf erkennen. Erstmals ist es mit diesem Modell möglich, die notwendigen Behandlungsdaten eines Patienten in einer standardisierten Struktur darzustellen. Diese umfassende und zeitnahe Information von Patient und Leistungserbringer trägt zu einer Verbesserung der Qualität der Behandlung und auch der Sicherheit der Behandlung des einzelnen Patienten bei (z. B. Vermeidung von Doppeluntersuchungen, nicht effizienter Therapie, Vermeidung von kontraindizierten Medikamenten).

Die Zusammenfassung der Kosten für einen Patienten sind mit diesen Daten ebenfalls gegeben. Eine umfassende Information an den Patienten, wie sie in § 305 SGB V beschrieben ist, ist auf dieser Datenplattform möglich.

V.3.2. Sicht des Kostenträgers

Das Informationsmodell ermöglicht erstmals eine einheitliche Abrechnung der Leistungen zwischen den einzelnen Kostenträgern und Leistungserbringern. Alle Leistungen werden nach einem für alle gültigen Leistungskatalog (ICPM, ICNP gilt nur für Pflegeversicherung SGB XI) abgebildet. Lediglich die Höhe der Vergütung wird zwischen den einzelnen Vertragsparteien noch selbst vereinbart. Somit sind die Kostenträger erstmals in der Lage zeitnah ihre Ausgaben nach unterschiedlichen Merkmalen des oben beschriebenen Informationsmodells darzustellen z. B.:

- Ausgaben nach Mitgliedergruppen,
- Ausgaben nach Altersgruppen,
- Ausgaben nach Diagnosegruppen unterschieden nach Behandlungsdiagnosen und Grunderkrankungen,
- Ausgaben innerhalb der Diagnosegruppen nach Versorgungsstufen
- Zusammenfassung der Ausgaben für bestimmte Grunderkrankungen (z. B. Diabetes) mit allen Behandlungs- (Entlassungs-)diagnosen.

Selbstverständlich sind auch weitere Auswertungen auf jeder Kombination der hier beispielhaft angeführten Merkmale aus dem vorliegenden Datenbestand – Basis Informationsmodell - möglich. Daneben können aber auch Analysen über den Verlauf von Behandlungsergebnissen auf der Basis der Diagnosenzusätze und der Informationen nach dem ICIDH-2 erstellt werden. Dies ist insbesondere bei den chronischen Erkrankungen bzw. bei Grunderkrankungen (Diabetes mellitus) und deren Folgeerkrankungen von Bedeutung, um deren Verläufe einmal hin-

sichtlich des Erfolges der Therapie aber auch hinsichtlich der Kosten dieser Therapien nachzuvollziehen.

Mit diesen Daten ist es auch möglich, soweit Behandlungsleitlinien existieren, deren Einhaltung zu überwachen bzw. bestehende Leitlinien zu evaluieren. Insoweit ist auch eine enheitliche Qualitätskontrolle aller Leistungserbringer möglich.

Weiter sind mit den Daten dieses Informationsmodells auch Vergleiche (Betriebsvergleiche) von Leistungserbringern durch die Kostenträger möglich (siehe hierzu auch V.3.6 Betriebsvergleiche intern – extern). Da alle Daten der behandelten Patienten vorliegen und parallel hierzu auch die Kosten der Behandlungen, sind bei unterschiedlichen Vergütungssätzen, z. B. Abteilungspflegesätzen, Vergleichsdarstellungen auch im Sinne des § 5 BPflV durchführbar. Die nach der derzeit gültigen Vereinbarung zum Krankenhausvergleich nach § 5 BPflV erforderlichen Daten sind Bestandteil des Modells bzw. lassen sich aus diesen Primärdaten herleiten.

V.3.3. Sicht des Leistungserbringers

Aus der Sicht des Leistungserbringers sind folgende Kontrollfunktionen mit diesem Informationsmodell möglich:

- Kontrolle der Behandlungsergebnisse mit Hilfe der Diagnosezusätze und Klassifizierungen nach dem ICIDH-2 bei Beginn und Ende der Behandlung je Patient,
- Kontrolle der Behandlungsergebnisse mit Hilfe der Diagnosezusätze und Klassifizierungen nach dem ICIDH-2 bei Beginn und Ende der Behandlung je Diagnosen, Diagnosegruppe,
- Kontrolle von Behandlungsergebnissen über die Zeit (Jahresvergleiche) bei verschiedenen Therapieansätzen,

- Kontrolle der Erlöse und Aufwendungen je Patient, Diagnose, Diagnosegruppe,
- Kontrolle der Leistungsintensität (Ressourcenverbrauch) je Patient, Diagnosen, Diagnosegruppe.

Auch diese Auflistung zeigt nur beispielhaft die Auswertungsmöglichkeiten dieses Informationsmodells auf. Sofern mehrere Einrichtungen insbesondere der gleichen Versorgungsstufe (z. B. Akutkrankenhäuser, Ambulatorien) zu einem Trägerverband gehören, können solche Auswertungen auch einrichtungsübergreifend als Abteilungs- oder Einrichtungsvergleich erstellt werden. Eine solche einrichtungsübergreifende Analyse kann sehr hilfreiche Erkenntnisse über die unterschiedlichen Organisationsstrukturen und den damit verbundenen Kosten aufzeigen und somit die Suche nach der wirtschaftlichsten und effizienten Behandlungsform unterstützen.

V.3.4. Sicht des gesamten Gesundheitssystems

Dieses Informationsmodell erlaubt es erstmals alle Leistungen in unserem Gesundheitssystem einheitlich und sektorenübergreifend zu erfassen und den Aufwand für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems innerhalb der verschiedenen Sozialversicherungsträger aber auch insgesamt zu ermitteln. Das Informationsmodell ist dann auch die Ausgangsbasis für die Gesundheitsberichterstattung. In gleicher Weise wie innerhalb der Kostenträger die Daten ausgewertet werden, so können nach Anonymisierung und Zusammenführung aller Daten diese entsprechend auf globaler Ebene aufbereitet werden. Die Fragestellungen auf globaler Ebene sind gleich oder ähnlich denjenigen der Kostenträger. Auch hier sind die Kosten und Ergebnisse der Behandlungen, insbesondere der chronischen Erkrankungen sowie die Kosten von bestimmten Grunderkrankungen wie z. B. Diabetes

von Interesse. Insofern kann auf den vorherigen Abschnitt –V.3.3. Sicht der Kostenträger- verwiesen werden.

Daneben können mit diesem Informationsmodell auch epidemiologische Fragestellungen untersucht werden. Da bei der Dokumentation der Diagnosen jeweils die Diagnosezusätze zu erheben sind, können mit diesem Modell flächendeckend Aussagen für die einzelnen Diagnosen und Diagnosengruppen z. B. zu folgenden Fragestellungen gemacht werden:

- Zahl der Neuerkrankungen von einzelnen Diagnosen,
- Zahl und Anteil der Patienten, bei denen sich die Diagnose chronifiziert hat,
- Verbesserung des Gesundheitszustandes bei einzelnen Diagnosen nach bestimmten Therapien (z. B. stationäre Rehabilitationsverfahren),
- Kontrolle der Einhaltung von Leitlinien und gegebenenfalls Veränderung von Leitlinien,

Im Zusammenhang mit der Auswirkungen der chronisch-degenerativen Erkrankungen stellt der Gesundheitsbericht 1998 fest:

„*Die traditionellen Gesundheitsstatistiken zeigen nicht, daß bei der alternden Bevölkerung immer mehr Menschen immer länger von solchen Störungen betroffen sind, und daß das Gesundheitswesen zunehmend die Aufgabe erfüllt, den Betroffenen durch ärztliche und pflegerische Hilfe einen angemessenen Umgang mit ihrer Krankheit zu ermöglichen*“ (GBE 1998, S. 41).

Gleichzeitig weist er darauf hin, daß in den vorliegenden Statistiken für den ambulanten Bereich routinemäßig kein Diagnosenbezug hergestellt werden kann (vgl. GBE 1998, S. 41). Beide Fragestellungen können mit dem hier beschriebenen Informationsmodell beantwortet werden.

Die hier beispielhaft beschriebenen Auswertungsmöglichkeiten stellen nur einen kleinen Ausschnitt der Auswertungen dar, die mit diesem Modell möglich sind.

Weiter kann das Modell in der derzeitigen Diskussion über die Neugestaltung der Vergütung der Leistungen im Gesundheitswesen, insbesondere die Vergütung der stationären Behandlung als Basis herangezogen werden. Hier sind die Stichworte „Sektorales Budget“ und „Globales Budget“ zu nennen. Da anhand des Informationsmodells Behandlungskarrieren eines einzelnen Patienten aber auch typische Behandlungskarrieren von einer Gruppe von Patienten mit der gleichen Erkrankung oder Grunderkrankung unterteilt nach Altersgruppen, dargestellt werden können (Ergebnis und Kosten), können hieraus systematisch der Behandlungsbedarf und damit auch die Kosten für diese Patienten bzw. Patientengruppen für die verschiedenen Sozialversicherungsträger bzw. Sektoren abgeleitet werden. Die Daten dieses Modells können die Grundlage zur Projektion/Verteilung der Budgets sein.

V.3.5. Neue Vergütungsformen DRG-Konzept

Auch eröffnet dieses Informationsmodell die Möglichkeit andere Vergütungssysteme und Strukturen einzuführen. Mit dem Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherungen ab dem Jahr 2000 vom 22.12.1999 wurde auch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) novelliert. Neu eingeführt wurde der § 17 b KHG „Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems“. Dieser Paragraph sieht vor, daß das bisherige Vergütungssystem für die Krankenhäuser auf ein völlig pauschaliertes Entgeltsystem nach dem Muster der DRG (Diagnoses Related Groups) zum1.1.2003 budgetneutral umgestellt wird. Mit diesem Informationsmodell kann auch ein solches Vergütungssystem abgebildet werden, da alle hierfür notwendigen Daten in dem Modell enthalten sind. Auch die gesetzliche Forderung der budgetneutralen Umstellung kann mit diesem Informationsmodell erfüllt werden. In der folgenden Tabelle sind die für eine Gruppierung notwendigen

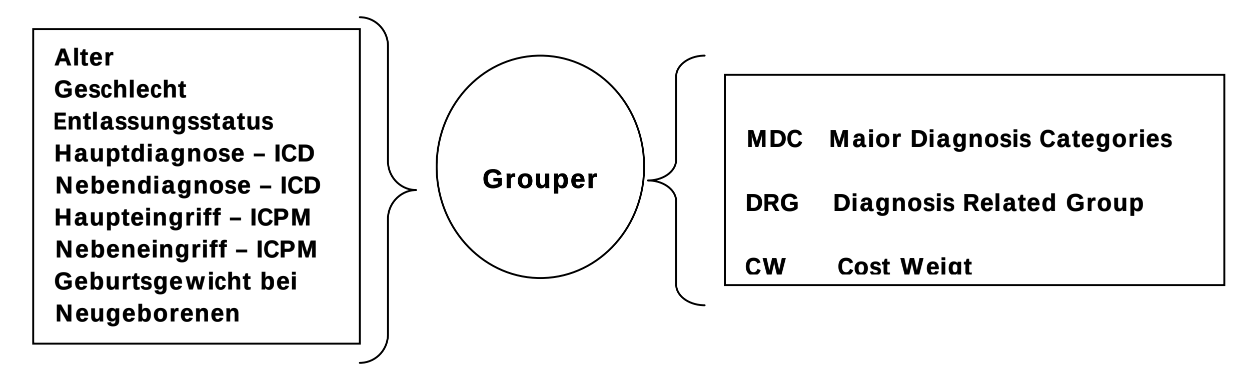
Informationen sowie ihre Position in dem Informationsmodell aufgelistet:

Tabelle 26: DRG-System - Informationsmodell

DRG-System	Informationsmodell (S. 193)
Alter	3.3.
Geschlecht	3.4.
Hauptdiagnose	6.3.1. mit 6.3.6. = 0
Nebendiagnose	6.3.1. mit 6.3.6 < 0
Haupteingriff	7.5.1. mit 7.5.2. = 0
Nebeneingriff	7.5.1. mit 7.5.2 < 0
Geburtgewicht	7.5.11. mit 7.5.1 Identifikation der Leistung

Die nun folgende Graphik veranschaulicht nun, wie man von den vorliegenden Daten des Modells –ICD, ICPM, persönliche Daten des Patienten-, zu der Behandlungsfallgrupen auf der Basis der DRG`s gelangt.

Abbildung 10: Transformation der Daten von ICD, ICPM nach DRG



(vgl. auch Eggli 1990, S 51 ff.)

Das Informationsmodell enthält somit alle notwendigen Informationen, um ein DRG-System einzuführen, insbesondere enthält es gegenüber den Informationen nach § 301 SGB V alle Nebendiagnosen und Zusatzeingriffe hierarchisch geordnet. Der Einsatz eines Vergütungssystems ist mit diesem Informationsmodell auf der Basis des DRG-System jederzeit möglich. Bei Verwendung des Informationsmodells für den Einsatz eines DRG`s-System ist lediglich noch die Auswahl des Groupers (Medicare, HCFA, Schweiz, Australien, Nordische Länder) notwendig.

Selbstverständlich können auch nach diesem Muster für den ambulanten Bereich Entgeltsysteme eingeführt werden, die auf dem DRG-System beruhen.

Da, wie oben beschrieben, das Informationsmodell alle notwendigen Informationen für den Einsatz eines DRG-Systems enthält, kann mit diesem Informationsmodell ein DRG-System nicht nur als Vergütungssystems eingesetzt werden, sondern nach Einführung eines DRG-System kann dieses in Verbindung mit dem Informationsmodell auch für interne aber auch externe Vergleiche der Krankenhausleistungen bzw. sonstiger Leistungserbringer herangezogen werden.

V.3.6. Betriebsvergleich – intern und extern

Für den internen Vergleich ist es mit diesem Informationsmodell möglich, die Kosten und Erlöse nach bisherigem Recht auf der Basis der Entlassungsmitteilungen und Rechnungen nach § 301 Abs. 3 SGB V jeder einzelnen Behandlung zusammenzustellen und den Erlös einer einzelnen Behandlung bzw. einer Gruppe von Patienten (ICD/ICPM), einer Abteilung oder des gesamten Krankenhauses zu berechnen. Das Ergebnis des DRG-Groupers liefert zusätzlich die Information über den unterstellten Ressourcenverbrauch (Personal- und Sachkosten), der der/den jeweiligen Behandlung(en) zuzurechnen ist/sind. Hier muß erwähnt werden, daß durch die Beschreibung der Behandlung eines Patienten mit Hilfe des Kostengewichtes = Ressourcenverbrauch nach dem DRG-System die Behandlungsfälle mit ihren Leistungen der einzelnen Diagnosen, Diagnosegruppen, Abteilungen und Krankenhäuser vergleichbar werden, da sie nicht mehr durch unterschiedliche Diagnosen und/oder Operationen/Leistungen beschrieben werden sondern nur noch durch den Ressourcenverbrauch. Insofern dient der Einsatz eines DRG-Systems auch dazu, das Krankenhausprodukt – untersunterschiedliche Diagnosen und Behandlungen- gleichnamig und somit

unterschiedliche Diagnosen und Behandlungen- gleichnamig und somit vergleichbar zu machen.

Addiert man alle CW-Werte (relativen Kostengewichte) einer Diagnose, Diagnosegruppe, Abteilung oder eines ganzen Krankenhauses einer Periode so erhält man den Case-Mix (= ΣCW) für die betrachtete Einheit. Dividiert man alle dazugehörigen Erlöse nach altem Recht dieser Einheit durch den Case-Mix der entsprechenden Einheit, so erhält man den DM Betrag, der für eine Behandlung mit dem relativen Kostengewicht [CW=1] von den Kostenträgern zu bezahlen war. Dieser Wert bildet nach dem DRG-Konzept auch den Ressourcenbedarf ab, den der Leistungserbringer für einen Behandlungsfall mit dem relativen Kostengewicht [CW=1] hätte aufwenden dürfen. Gleichzeitig kann mit diesen Informationen auch gezeigt werden, wie bei einer budgetneutralen Umsetzung des alten Vergütungssystems mit Abteilungs- und Basispflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten auf ein Vergütungssytem auf der Basis des DRG-Konzeptes sich die Erlöse bzw. der Ressourceneinsatz je Einheit verändern. An zwei Beispielen für eine Innere Abteilung und eine Chirurgische Abteilung ist dies im folgenden dargestellt:

Tabelle 27: Innere Abteilung – budgetneutrale Umverteilung der Erlöse je Diagnosegruppe (innerhalb der Abteilung)

ICD	Fälle	Tage ges.	Tage Budget	Tage FP	VWD	ALOS	VWD neu Tage DRG	Tage Differenz
428	189	3.615	3.615	0	19,13	5,50	1.040	-2.576
780	160	1.128	1.128	0	7,05	3,50	560	-568
401	84	1.645	1.645	0	19,58	3,03	255	-1.390
250	72	1.180	1.180	0	16,39	4,78	344	-836
$\sum$	505	7.568	7.568	0	14,99	4,35	2.198	-5.370

ICD	Basispflegesatz	Abteilungspflegesatz	Erlöse FP	Erlös alt	Erlös neu	Differenz	CW	CM
	133,00	323,00						
428	480.795,00	1.167.645,00	0,00	1.648.440,00	1.770.383,08	121.943,08	1,0131	191,4759
780	150.024,00	364.344,00	0,00	514.368,00	746.559,57	232.191,57	0,5047	80,7442
401	218.785,00	531.335,00	0,00	750.120,00	452.250,66	-297.869,34	0,5823	48,9132
250	156.940,00	381.140,00	0,00	538.080,00	481.814,69	-56.265,31	0,7238	52,1107
$\sum$	1.006.544,00	2.444.464,00	0,00	3.451.008,00	3.451.008,00	0,00	0,7391	373,244

Innere Abteilung DM für [CW=1] = 9.245,98 **Case Mix Index [CMI] =0,7391**

Erläuterung: ALOS = Average Length of Stay, CW = Cost Weight, CM= Case Mix (Summe aller CW),
CMI = Case Mix Index = ΣCM / Fälle

Tabelle 28: Chirurgische Abteilung – budgetneutrale Umverteilung der Erlöse je Diagnosegruppe (innerhalb der Abteilung)

ICD	Fälle	Tage ges.	Tage Budget	Tage FP	VWD	ALOS	VWD neu Tage DRG	Tage Differenz
850	188	676	676	0	3,60	3,00	564	-112
550	149	1.297	43	1.254	8,70	2,00	298	-999
574	149	1.428	189	1.239	9,58	11,02	1.642	214
454	146	1.295	1.295	0	8,87	4,70	686	-609
$\sum$	632	4.696	2.203	2.493	7,43	5,05	3.190	-1.506

ICD	Basispflegesatz	Abteilungspflegesatz	Erlöse FP	Erlös alt	Erlös neu	Differenz	CW	CM
	133,00	501,00						
850	89.908,00	338.676,00		428.584,00	365.446,44	-63.137,56	0,5158	96,9704
550	5.719,00	21.543,00	508.320,00	535.582,00	171.490,41	-364.091,59	0,3054	45,5046
574	25.137,00	94.689,00	830.540,00	950.366,00	863.348,10	-87.017,90	1,5375	229,0875
454	172.235,00	648.795,00		821.030,00	1.335.277,05	514.247,05	2,4268	354,3128
$\sum$	292.999,00	1.103.703,00		2.735.562,00	2.735.562,00	0,00	1,1485	725,8753

Chirurgische Abteilung DM für [CW=1] = 3.768,64 **Case Mix Index [CMI] = 1,1485**

Erläuterung: ALOS = Average Length of Stay, CW = Cost Weight, CM= Case Mix (Summe aller CW)
CMI = Case Mix Index = ΣCM / Fälle

Aus den beiden Beispielen ergibt sich, daß auf der Basis der relativen Kostengewichte CW aus dem DRG-System die Erlöse für die einzelnen Diagnosen bei budgetneutraler Betrachtung innerhalb der einzelnen Abteilungen umverteilt werden müssen, was einer gleichzeitigen Umverteilung des Ressourceneinsatzes für die einzelnen Behandlungen entspricht. Unterstellt man, daß die Kostengewichte den realen Ressourcenverbrauch der einzelnen Behandlungen widerspiegeln, so kann auf der Basis der oben gezeigten Beispiele auch eine Kostenkontrolle (Ressourceneinsatzkontrolle) erfolgen. Gleichzeitig können die relativen Kostengewichte in Verbindung mit dem Erlös für einen Behandlungsfall mit dem [CW=1] als Grundlage für die interne Kostenträgerrechnung herangezogen werden.

Bei abteilungsübergreifender Betrachtung (gesamtes Krankenhaus) ergibt sich für die Behandlung mit dem Kostengewicht [CW=1] ein Betrag von 7.841,01 DM und die budgetneutrale Umverteilung müßte dann wie folgt aussehen:

Tabelle 29: Budgetneutrale Umverteilung der Abteilungserlöse bei Anwendung des DRG-Konzeptes: gesamtes Krankenhaus

ICD	Erlös alt	Erlös neu $_{KH}$	Differenz $_{KH}$	Erlös neu $_{Abt.}$	Differenz $_{Abt.}$	CW	CM
428	1.648.440,00	1.077.752,94	-570.687,06	1.770.383,08	-121.943,08	1,0131	191,4759
780	514.368,00	454.481,73	-59.886,27	746.559,57	-232.191,57	0,5047	80,7442
401	750.120,00	275.315,82	-474.804,18	452.250,66	297.869,34	0,5823	48,9132
250	538.080,00	293.313,47	-244.766,53	481.814,69	56.265,31	0,7238	52,1107
Σ Inn	3.451.008,00	2.100.863,97	-1.350.144,03	3.451.008,00	0,00	0,7391	373,24

ICD	Erlös alt	Erlös neu $_{KH}$	Differenz $_{KH}$	Erlös neu $_{Abt}$	Differenz $_{Abt.}$	CW	CM
850	428.584,00	545.813,51	117.229,51	365.446,44	63.137,56	0,5158	96,9704
550	535.582,00	256.129,97	-279.452,03	171.490,41	364.091,59	0,3054	45,5046
574	950.366,00	1.289.455,89	339.089,89	863.348,10	87.017,90	1,5375	229,0875
454	821.030,00	1.994.306,66	1.173.276,66	1.335.277,05	-514.247,05	2,4268	354,3128
Σ Chi	2.735.562,00	4.085.706,03	1.350.144,03	2.735.562,00	0,00	1,1485	725,88

Σ	6.186.570,00	6.186.570,00	0,00	6.186.570,00	0,00	0,9667	1.099,12

Tabelle 30: Budgetneutrale Umverteilung der Fallerlöse bei Anwendung des DRG-Konzeptes: gesamtes Krankenhaus

ICD	Fallerlöse alt	Fallerlöse neu $_{KH}$	Diffrenz $_{KH}$	Fallerlöse neu$_{Abt.}$	Differenz$_{Abt}$	CW	CM
428	8.721,90	5.702,40	-3.019,51	9.367,11	645,20	1,0131	191,4759
780	3.214,80	2.840,51	-374,29	4.666,00	1.451,20	0,5047	80,7442
401	8.930,00	3.277,57	-5.652,43	5.383,94	-3.546,06	0,5823	48,9132
250	7.473,33	4.073,80	-3.399,54	6.691,87	-781,46	0,7238	52,1107
Σ Inn	6.833,68	4.160,13	-2.673,55	6.833,68	0,00	0,7391	373,2440
850	2.279,70	2.903,26	-23,56	1.943,86	-335,84	0,5158	96,9704
550	3.594,51	1.718,99	-1.875,52	1.150,94	-2.443,57	0,3054	45,5046
574	6.378,30	8.654,07	2.275,77	5.794,28	-584,01	1,5375	229,0875
454	5.623,49	13.659,63	8.036,14	9.145,73	3.522,24	2,4268	354,3128
Σ Chi	4.328,42	6.464,72	2.136,30	4.328,42	0,00	1,1485	725,8753
Σ	5.441,13	5.441,13	0,00	3.643,08	1.798,05	0,9667	1.099,119

DM für [CW=1] Innere 9.245,98	DM für [CW=1] Chirurgie 3.768,64	DM für [CW=1] gesamt 5.628,66

Das Beispiel zeigt darüber, daß innerhalb des Krankenhauses auch die Erlösbudgets (Ressourceneinsatz) für die Abteilungen bei einer budgetneutralen Umsetzung des DRG-Systems verändert werden (Innere Abteilung -856.443,11 DM / Chirurgische Abteilung +856.443,11 DM). Für die durchschnittlichen Fallerlöse /-kosten ergibt sich für die Innere Abteilung eine Absenkung von 6.833,68 DM auf 4.160,12 DM und für die Chirurgische Abteilung eine Steigerung von 4.328,42 DM auf 6.464,73 DM. Zum Vergleich sind in beiden Tabellen auch die Änderungen noch einmal dargestellt, wenn das Budget nur auf der Ebene der einzelnen Abteilung auf der Basis des $CM_{Abt.}$ und des $CW_{Abt.}$ bzw. Erlöse $neu_{Abt.}$ berechnet wird. Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede bei der gemeinsamen (Krankenhaus gesamt) und getrennten (jede Abteilung für sich) Betrachtung. Auch zeigt die Berechnung auf der Ebene der Abteilung, daß die Behandlung mit dem Kostengewicht [CW=1] in der Inneren Abteilung wesentlich teurer ist als in der Chirurgischen Abteilung. Dieses einfache Beispiel zeigt, wie ein DRG-System als Instrument des Controllings und des Vergleiches von Kranken-

hausleistungen innerhalb eines Krankenhauses eingesetzt werden kann. Hierbei ist unterstellt, daß die relativen Kostengewichte den richtigen Ressourcenverbrauch der einzelnen Behandlungsfälle (Fallgruppen) widerspiegeln.

In gleicher Weise, wie oben dargestellt, können auch die Budgets von mehreren gleichen Abteilungen bzw. von Krankenhäusern gleicher Versorgungsstufen oder allen Krankenhäusern einer Region betrachtet und analysiert werden. Auch eine budgetneutrale Umsetzung, wie sie in § 17 b Abs. 3 KHG gefordert wird, ist mit diesem Informationsmodell möglich. Wie gezeigt erlaubt das Datenmodell in Verbindung mit einem DRG-System den Vergleich zwischen den Erlösen/Kosten nach dem alten Abrechnungssystem und eine Neubewertung nach den relativen Kostengewichten des DRG-Systems. Insofern sind auf dieser Basis auch externe Betriebsvergleiche wesentlich einfacher für die Kostenträger durchzuführen, da durch die relativen Kostengewichte das Krankenhausprodukt gleichnamig gemacht wird. Der erhebliche Aufwand für Krankenhäuser und Kostenträger, wie es der derzeitige Krankenhausvergleich nach § 5 BPflV vorsieht, erübrigt sich. Somit ist es auch für die Politik möglich, sektorale bzw. globale Budgetkontrollen zu beschließen, die von den Verantwortlichen dann auch umgesetzt werden können, da mit diesem Informationsmodell auch die entsprechenden Instrumentarien hierfür zur Verfügung gestellt werden. Sofern noch keine eigenen relativen Kostengewichte auf nationaler Ebene entwickelt worden sind, können mit diesem Datenmodell auch verschiedene DRG-Systeme nebeneinandergestellt und verglichen werden (z.B. Schweiz, Medicare USA, HCFA, Nordisches System, Australien etc.), um deren Auswirkungen auf das System der Vergütung bzw. Allokation von Ressourcen zu simulieren.

V.3.7. Vernetzte Strukturen im Gesundheitswesen

Neben der Steuerung des Gesundheitswesen durch neue Vergütungsformen ist eines der Ziele der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens die „Vernetzung der Leistungsanbieter“. Hier ist der Begriff des Managed Care aus der Diskussion nicht mehr wegzudenken. Will man Managed Care Systeme aufbauen, so benötigen diese vernetzten Systeme deutlich mehr Informationen als diese heute in dem Gesundheitssystem in Deutschland verfügbar sind, und zwar in einer normierten und standardisierten Form. Die benötigten Daten und Informationen sind normalerweise bei den Beteiligten (Leistungserbringer, Kostenträgern) in unterschiedlicher Struktur und nicht standardisiert (z. B. Krankenblatt) vorhanden. Auch werden diese Informationen nur zum Teil und häufig auch nur sehr stark zeitversetzt (z. B. Arztbriefe) ausgetauscht. Daher kann man davon ausgehen, daß sehr viele Informationen und auch Erkenntnisse in den Archiven, insbesondere der Leistungserbringer vorhanden sind aber nicht genutzt werden. Preuß führt hierzu entsprechend aus:

„Die unzureichende technologische Standardisierung, die fehlende Normierung der medizinischen Dokumentation und die Überbetonung des Datenschutzgedankens stehen einer schnellen Realisierung von Managed-Care-Projekten als wesentliche Hürde entgegen“. (vgl. Preuß, S. 261)

Die folgende Tabelle ist dem Aufsatz von L. Buchs „Daten – der strategische Faktor in der Gesundheitsversorgung von morgen“ entnommen. Sie zeigt, wer welche Informationen in einem Managed Care System – integrierte Versorgung- benötigt.

Tabelle 31: Informationsbedarf der Partner in Managed-Care-Systemen

Hauptbeteiligte	Informationsbedarf
Politische Ebenen	– Versicherungstechnische Daten – Administrative Daten – Anonymisierte Leistungsdaten – Kostendaten nach – Versicherten – Krankheitsgruppen – Behandlungsfallgruppen
Kostenträger	– Individualsierte versicherungstechnische und demographische Daten – Individualisierte Ddminstrativ- und Leistungsdaten – Anonymisierte medizinische Daten – Qualitätsdaten
Leistungserbringer	– Individualisierte Versichertendaten – Kosten- und medizinische Daten nach – Versichertengruppen – Krankheitsgruppen – Behandlungsfallgruppen
Patient	– Qualitätsdaten – Kosten

(Vgl.: Leo Buchs, 1998)

In den vorstehenden Ausführungen konnte gezeigt werden, daß die hier von Buchs geforderten Informationen und Daten, insbesondere die Befunde, in dem entwickelten Informationsmodell enthalten sind. Somit kann dieses Informationsmodell auch dazu dienen, die notwendigen informations- und kommunikationstechnischen Grundlagen auch für neue Versorgungsformen – vernetzte Versorgungsstrukturen- im Bereich des Gesundheitswesens zu schaffen.

§§ 140 SGBV fordert seit dem 1.1.2000, daß solche integrierten Versorgungsstrukturen aufgebaut werden. Neben allen gesetzlichen (z. B. Datenschutz und Datensicherheit) und vertraglichen Hürden, die der Aufbau solcher Netzstrukturen in Gesundheitswesen mit sich bringt, ist für den Erfolg, insbesondere langfristig, eine einheitliche Kommunikation der Beteiligten untereinander von entscheidender Bedeutung. Insofern kann das hier entwickelte Informationsmodell auch als

Daten- und Kommunikationsgrundlage für eine vernetzte Versorgung im Gesund-heitswesen dienen.

Schluß

Blickt man auf die Ziele der Reformbestrebungen der verschiedenen Regierungen zurück und vergleicht diese mit der Realität, so kann man nur feststellen, daß alle bisherigen Bemühungen, mehr Transparenz in dem Gesundheitsbereich zu erhalten, fehlgeschlagen sind. Die derzeitigen gesetzlichen Vorschriften schaffen allenfalls eine begrenzte sektorale Transparenz innerhalb der einzelnen Sozialversicherungsträger. Eine sektorenübergreifende Transparenz, die auch die Grenzen der verschiedenen Sozialversicherungsträger – Sozialgesetzbücher –überwindet, ist auf der Basis der bestehenden Gesetze nicht herstellbar. Es fehlen Vorschriften, die es ermöglichen, das Leistungsgeschehen im Gesundheitsbereich übergreifend zum einen über die Grenzen der verschiedenen Sozialversicherungsträger hinweg als auch innerhalb der einzelnen Sozialversicherungsträger (ambulant/stationär SGB V) darzustellen. Dies liegt, wie gezeigt, wesentlich an der historisch gewachsenen Struktur der Sozialversicherungsträger. Bei gleichen Aufgabenstellungen sind sehr unterschiedliche Regelungen wegen der unterschiedlichen Zuständigkeiten der verschiedenen Sozialversicherungsträger insbesondere bei der Information zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern in den Sozialgesetzen zu finden. In jeder Begründung zu den Reformgesetzen im Gesundheitsbereich wird die mangelnde Datentransparenz und Informationslage beklagt. Bisher wurden aber keine einschneidenden Maßnahmen eingeleitet, um diesem Mangel abzuhelfen. Ähnlich wie in den Begründungen zu den vorherigen Reformgesetzen ist in der Begründung des vorliegenden Regierungsentwurfs „zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)“ vom 23.06.1999 zu lesen:

„<u>12. Verbesserung der Datentransparenz und Datengrundlagen zur Steuerung der GKV</u>

Die Datentransparenz und Datengrundlagen als entscheidende Voraussetzung zur Steuerung des Leistungs- und Ausgabengeschehens sollen durch folgende Maßnahmen verbessert werden:

- *verbesserte Bereitstellung der steuerungsrelevanten Daten in der gesetzlichen Krankenversicherung,*
- *kassenartenübergreifende Datenzusammenführung durch Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände für Steuerungsaufgaben im GKV-System sowie für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder.“* (vgl. Begründung des Regierungsentwurfes S. 14).

Gegenüber den bisherigen Reformen soll erstmals festgeschrieben werden, daß insbesondere die Abrechnungs- und Leistungsdaten aus dem ambulanten Bereich vollständig an die Kostenträger zu liefern sind, und daß der Patientenbezug (Nummer der Krankenversichertenkarte) nicht gelöscht werden darf (vgl. § 294 Abs. 2 bis 4 SGB V Entwurf). Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens ist diese Bestimmung leider wieder entfallen. Der Text des § 294 Abs. 2 SGB V lautet nunmehr:

„(2) Für die Abrechnung der Vergütung übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen, auf Verlangen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern, für jedes Quartal die für die vertragsärztliche Versorgung erforderlichen Angaben über die abgerechneten Leistungen fallbezogen, nicht versichertenbezogen.“

Damit ist eine wesentliche Bestimmung, die zu mehr Transparenz - insbesondere sektorenübegreifend - geführt hätte, entfallen.

Weiter ist für die Identifikation der Leistungserbringer - Ärzte und Apotheken - eine eindeutige Identifikationsnummer von der jeweiligen Spitzenorganisationen zuzuteilen (§ 293 Abs. 4 und 5 SGB V Entwurf). Diese Bestimmung wurde in das Gesetz übernommen. Zur Durchführung des Datenaustausches und der Datensammlung, der nach dem Gesetzentwurf von den Leistungserbringern an die Kostenträger aufzubauen ist - dies gilt nur für die Bereiche des SGB V und nicht für die übrigen Sozialgesetzbücher- sind von den Kostenträgern Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene zu schaffen (§ 303 a und b SGB V Entwurf). Zentrale Auf-

gabe dieser Arbeitsgemeinschaften ist es, Steuerungsaufgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände vorzubereiten und die politischen Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung des GKV-Systems zu unterstützen (§ 303 a Abs. 4 und 5 SGB V Entwurf).

Der Gesetzentwurf sah erstmals vor, daß alle Leistungsdaten von allen Leistungserbringern patientenbezogen an die Kostenträger zu übermitteln sind. Was den ambulanten Bereich des SGB V anlangt, sind die Vorschriften im Gesetzgebungsverfahren dahingehend geändert worden, daß patientenbezogene Daten nur in Ausnahmefällen (Prüfung, Anfrage des Patienten) an die Kostenträger geliefert werden. Somit fehlt den Kostenträgern, den weiteren Entscheidungsträgern, insbesondere der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (§141 SGB V) eine zentrale Information, um indikations- / diagnosebezogene Leistungs- und Kostenprofile – auch sektorenübergreifend - zu erstellen. Damit fehlt auch ein zentraler Baustein zur Schaffung von mehr Transparenz und somit auch von Steuerungsinstrumenten im Gesundheitswesen.

Nach wie vor ist auch nicht die einheitliche Beschreibung der Informationen und ihrer Strukturen für die unterschiedlichen Sektoren sowie die Leistungsbeschreibung nach einem einheitlichen Katalog geregelt. Ebensowenig ist die wesentliche Information, die Erhebung und Dokumentation der Grunderkrankung, weder in diesem Entwurf noch in dem Gesetz berücksichtigt. Insofern wird eine umfassende Beurteilung der Bedeutung chronischer Erkrankungen (Grunderkrankungen und den damit zusammenhängenden Folgeerkrankungen) und ihrer Kosten nach wie vor nur fragmentarisch möglich sein. Hierzu kann nur noch einmal auf den Gesundheitsbericht 1998 verwiesen werden, wenn er feststellt:

„Da man aber davon ausgehen muß, daß die AU bei Diabetikern eher mit den Komplikationen dieser Krankheiten begründet wird, z.B. Herz-Kreislauf-

Erkrankungen, Nierenkrankheiten oder Infektionen, wird die Bedeutung von Diabetes unterschätzt“ (vgl. GBE, 1998, S. 240).
Darüber hinaus betrifft das hier vorliegende Gesetz nur den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V). Alle übrigen Bereiche des Gesundheitswesens sind nicht von dieser Reform betroffen. Insofern ist eine Transparenz über die Bereiche der einzelnen Sozialversicherungsträger bzw. Sozialgesetzbücher hinweg, die im Gesundheitswesen Verantwortung tragen, nach den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen nicht möglich. Damit wird auch eine Abstimmung der Leistungen im Gesundheitswesen zwischen den einzelnen Sozialversicherungsträgern sowie eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens fast unmöglich.

Insgesamt wäre es wünschenswert, wenn der Gesetzgeber die Ziele der bisherigen Reform und ihre Realisation überdenken würde und eine umfassende Reform des Gesundheitswesens, die alle Bereiche der Sozialversicherungsträger bzw. Sozialgesetzbücher mit einbezieht, auf den Weg bringen würde, die auf der einen Seite den für das Gesundheitswesen Verantwortlichen die notwendigen Instrumente in die Hand gibt, um das System umfassend und sektorenübergreifend zu kontrollieren und zu steuern, auf der anderen Seite aber auch die notwendigen Informationen bereitstellt, um das bestehende Gesundheitswesen den sich ändernden Gegebenheiten anzupassen und weiterzuentwickeln. Das in dieser Arbeit beschriebene Informationsmodell kann hierzu einen Beitrag leisten.

Literaturverzeichnis

1. Allgemeine Literatur

Beutelspacher A.,Schwenk J.,Wolfenstetter K.-D., Moderne Verfahren der Kryptographie - Von RSA zu Zero-Knowledge -, Vieweg Verlag , 1995

Buchs Leo, Daten - der strategische Faktor in der Gesundheitsversorgung von morgen, Managed Care und Care Management 1998/6

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), ICD-9, Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) 9. Revision, Band I, Teil A, 3. Auflage, Kohlhammer Verlag, 1993

DIMDI (Hrsg.), ICD-10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Verlag hans Huber, 1994

DIN-Manuskriptdruck EDIFACT-Syntax Version 4, Beuth Verlag, 1997

DKG - 3. Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 24.2.1999 (Entwurf)

Düllings , Josef et al., Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen, R. v. Decker Verlag, Heidelberg, 1996

Eggli Y., Grimm R., Paccaud F., Anpassung der DRG an die schweizerischen Spitalstatistiken: Probleme und Lösungen, in : Fred Paccaud und Luc Schenker, DRG, Diagnosis related Groups, Gültigkeit, Brauchbarkeit, Anwendungsmöglichkeiten, Hans Huber Verlag Bern, 1990

Eichhorn ,Siegfried / Schmidt-Rettig Barbara , Manged Care-Strategien zur Verbesserung der Effektivität, der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Gesundheitsversorgung, insbesondre der Krankenhausversorgung, in Eichhorn/Schmidt Rettig (Hrsg.), Chancen und Risiken von Managed Care, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1998

Fack-Asmuth/Robbers , Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz),Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbh, Düsseldorf, 1993

FAZ , Frankfurter Allgemeine Zeitung, Natur und Wissenschaft, "Mehr Qualität - weniger Kosten, bessere medizinische Versorgung bei Berufsunfällen", vom 21.5.1997

Füeßl , Herrmann Sebastian, Krankenhäuser und Ärzte im Spannungsfeld zwischen Managed Care, Versorgungsqualität und Ethik, in Eichhorn/Schmidt Rettig (Hrsg.),Chancen und Risiken von Managed Care, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart1998

Gerste Bettina, Verlagerungspotentiale im Krankenhaus, eine statistische Annähhrung, in Arnold et al. (Hrsg.), Krankenhausreport ´97, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1997

Gesundheits-und Sozialwesen in Übersichten (Teil II), Sonderreihe mit Beiträgen für das Gebit der ehemaligen DDR, Hrg.: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 1995

Grigoleit Hanspeter und Wenig Manfred, Perspektiven der Entwicklung der Rehabilitation in Deutschland aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung - Was kann uns die ICIDH dabei nutzen?, in: ICIDH,Ulstein Mosby Verlag, Berlin, 1995

Handbuch APDRG Schweiz, Version 1.0, Sekretariat APDRG Schweiz, 1998

Hauck (1) Freischmidt, Steinbach, Klattenhoff, Sozialgesetzbuch, SGB I Allgemeiner Teil, Kommentar, Erich Schmidt Verlag

Hauck (2) , Sozialgesetzbuch SGB IV, Gemeinsame Vorschriften, Kommentar, Erich Schmidt Verlag

Hauck (3) Gerlach, Klückmann, Kranig, Kruschinsky, Noftz, Steege, Vahldiek, Sozialgesetzbuch SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Erich Schmidt Verlag

Hauck (4) Diel, Finke, Kamprad, Klattenhoff, Martin, Stahl, Terdenge, Walloth, Sozialgesetzbuch, SGB VI, Gesetzliche Rentenversicherung, Kommentar, Erich Schmidt Verlag

Hauck (5) Benz, Freischmidt, Freund, Graeff, Keller, Kranig, Nehls, Prestl, Riebel, Römer, Sozialgesetzbuch, SGB VII, Gesetzliche Unfallversicherung, Kommentar, Erich Schmidt Verlag

Hauck (6) , Freischmidt, Freund, Recht, Rombach, Sozialgesetzbuch SGB X/1,2, Verwaltungsverfahren und Schutz der Sozialdaten, Kommentar, Erich Schmidt Verlag

Hauck (7) , Nehls, Sozialgesetzbuch , SGB X/3, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten, Kommentar, Erich Schmidt Verlag

Hauck (8) Wilde, Hasenpusch, König, Rehberg, Spellbrink, Sozialgesetzbuch, SGB XI, Soziale Pflegeversicherung, Erich Schmidt Verlag

Herrmann , Harald, Sektorübergreifende Informationssysteme in der Gesundheistwirtschaft, in Eichhorn / Schmidt-Rettig (Hrsg.),Chancen und Risiken von Managed Care, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 1998

HL7 Health Level Seven Implemetation Support Guide for HL7 Standard, Version 2.2. 1995

Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung, Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik, 23. Jahrgang, Berlin 1988

Jeebe - Strobel Leistungsabrechnung und Datenaustausch mit Krankenkassen, AOK-Verlag, 1997

John, Jürgen Gesundheitsökonomische Evaluation als Instrument der Entscheidungsunterstützung in der Gesundheitspolitik: Methoden, Einsatzmöglichkeiten und Gestaltungsfragen, in:Düllings et al., Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen, R.v. Decker´s Verlag, Heidelberg 1996

Klar (1) R., Graubner b:, Ehlers C.-T., Leitfaden zur Erstellung der Diagnosestatistik nach § 16 Bundespflegesatzverordnung (BPflV), 2. Auflage, Bonn 1988, in :Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) 9. Revision, Band I, Teil A, 3. Auflage, W. Kohlhammer Verlag, 1996

Klar (2), Rüdiger Diagnoseverschlüsselung, Klassifikation und Datenübermittlung, Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 16, 18. April 1997

Kohn Linad T., Janet M. Corrigan and Molla S. Donaldson Editors, To Err is Human, Building a Safer Health Sytem, Institute of Medicine, National Academy Press Washington D.C. 1999

Krahmer, Utz, Sozialdatenschutz nach SGB I und SGB X, Carl Heymanns Verlag, 1996

Kröger , Joachim, Der Krankenhausvergleich - Damoklesschwert oder Segen für die Krankenhäuser, in Krankenhaus Umschau, Nr. 2 1998, S. 92 ff.

Lambert P.M., Roger F.H., Hospital Statistics in Europe, North Holland Publishing Company, Amsterdam, 1982

Leiter Josef M. E., Loest Hagen,Thielscher Christian, McKinsey & Company, Inc., Managed Care - Ansätze zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens, in: Eckard Knappe (Hrsg.), Reformstartegie >> Managed Care <<, Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 28,Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1997

Mohr , Kröger, Globig, Praktiker-Handbuch zur BPFlV '95 und zur LKA, 3. Geänderte Auflage, Bauman Fachzeitschriften Verlag, Kulmbach 1997

Müller-Farnow , Werner, Sozial- und versorgungsepidemiologische Ansätze zur Kritik am System der medizinischen Rehabilitation, Berlin 1995

Naschold Britta, Typ-2-Diabtes: Daten zu einem der größten Gesundheitsprobleme, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 5. Jahrgang, Aprill 2000

Neubert /Robbers, Krankenhausrecht, Taschenausgabe, KHG,BPflV 1995, SGB V,SGB XI,StabG,BeitrEntlG, Ausgabe 1996, Akutualisierter Nachdruck, 4. Auflage, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf, 1996

Noeske , Hamacher, Franz, Erläuterungen zum Abkommen Ärzte/Unfallversicherungsträger, Verlag L. Düringshofen, Berlin, 1997

Preuß (1), Klaus-Jürgen, Informations-, Kommunikations-Technologien und Vernetzung im Gesundheitssektor, in Managed Care, Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte, Schatthauer Verlag, Stuttgart 1997

Rickelt , Sven, Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Fortschreibung 9.7.1996 in der ab 1.10.1997gültigen Fassung, 2. Auflage, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf, September 1997

Roger France Francis H. Hospital Information Systems in Europe: Trends Towards Uniformity in Patient Record Summary, in: Casas Mercè and Wiley Miriam M. (Eds.), Diagnosis Related Groups in Europe, Uses and Perspectives, Springer Verlag, Berlin, 1993

Schleert D., Kaesbach W., Gesundheitsökonomische Evaluation - Grundlagen und Standortbestimmung aus der Sicht der Betriebskrankenkassen, in: Oliver Schöpfski, Petra Glaser, J.-Matthias Graf v. Schulenberg (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen, Gundlagen und Standortbestimmung, Spinger Verlag 1998

Schöning, Luithlen, Scheinert, Pflegepersonalregelung, Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis, 2. Auflage, Kohlhammer Verlag, 1995

Seitz R., Jelastopulu E., König H.-H., Einschätzung von Managed Care aus der Sicht der Politik und Rechtsprechung, in Eichhorn / Schmidt-Rettig (Hrsg.), Chancen und Risiken von Managed Care, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1998

Tuschen K.-H., Quaas M., Bundespflegesatzverordnung, Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, 3. Auflage, Kolhammer Verlag, 1996

Völlink, Jürgen, Datenübermittlung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen nach § 301 SGB V, in Das Krankenhaus, Nr. 3 1997 S 113 ff

Zaiß Albrecht et al., Leitfaden zur medizinischen Basisdokumentation nach § 301 SGB V, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf, 1997

Zorn Ulrich, Qualitätsindikatoren zum Monitoring von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 im ambulanten Versorgungsbereich, Magisterarbeit an der Meizinischen Hochschule Hannover, 1998

2. Klassifikationssysteme

ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheistprobleme, 10. Revision, Band 1, Hrgs. DIMDI, Hans Huber Verlag , Göttingen , 1994

ICD-9Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) 9. Revision, Band I Teil A, Kohlhammer Verlag, 1996, 3. Auflage

ICIDH-2 Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation, Hrg.: WHO Genf, 25.6.1998, Koordination für den deutschsprachigen Raum, Micheal F. Schuntermann

ICPM (1) - International Classification of Procedures in Medicine, Volume 1, World Health Organization, 1978, 1990

ICPM (2) - International Classification of Procedures in Medicine, Volume 2, World Health Organization, 1978, 1991

KTL Klassifikation therapeutischer Leistungen in der stationären Rehabilitation, Hrsg.: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 3. Auflage, Berlin 1997

3. Gesetzes- und Vertragstexte

ÄGV Soziale Gesetzgebung und Praxis Gebühren- und Vertragsrecht - Ärzte, CW Harrfeld GmbH, Essen, Stand Januar 1999

KBV - Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Sozialversicherungs- und anderen Kostenträgern sowie Ricjtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Dienstauflage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Stand Oktober 1998, Deutscher Ärzte Verlag

SGB Sozialgesetzbuch (ohne SGB VII) RVO Reichsversicherungsordnung, 22. Auflage, Beck Texte im dtv, Deutscher Taschenbuchverlag, München 1996

SGB VII Gesetzliche Unfallversicherung, Gegenüberstellung SGB VII/RVO, 2.Auflage, Beck-Texte im dtv, Deutscher Taschebuchverlag, München 1997

Sozialistisches Gesundheitsrecht, (Hrsg.Mandel Joachim, Lange Hans) Textausgabe für Ärzte und Zahnärzte, Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin 1980

Weiterbildungsordnung für Ärzte [WeitBiO], i.d.F. der Beschlüsse des 95. Deutschen Ärztetages 1992, geändert durch Beschluß des 100. Deutschen Ärztetages vom 20.3.1997

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, Stand 1995 - Schweiz

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995, Stand 24. November 1998 - Schweiz

Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29.Sptember 1995 Stand 15. Dezember 1998 - Schweiz

4. Gutachten

Jahresgutachten 1988 (JG 1998) - Medizinische und ökonomische Orientierung, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1988

Jahresgutachten 1991 (JG 1991) - Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1981

Sachstandsbericht 1994 (SG 1994) Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1994

Sondergutachten 1995 (SG 1995) - Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1995

5. Bundestagsdrucksachen / Budesratsdrucksachen

BR-Drucks. 200/88 Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG), Bonn, 29.4.1988

BT-Drucks. 12/3608 Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz), Bonn, 5.11.1992

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahre 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), 25. Mai 1999

Anhang

1. Rechtsvorschriften – Fundstellen

2. Gesetze

2.1. § 301 SGB V in der Fassung vom 22.12.1999

2.2 SGB V Elfter Abschnitt: Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung, §§ 140 a – h

2.3. § 79 SGB IV Geschäftsübersichten und Statistiken der Sozialversicherung

2.4. § 25 SGB VII Bericht gegenüber dem Bundestag

2.5. § 204 SGB VII Errichtung einer Datei für mehrere Unfallversicherungsträger

2.6 § 109 SGB XI Pflegestatistiken

3. Leistungsbereiche der einzelnen Kostenträger, Datenfluß der Abrechnung, Gebührenordnungen

4. Zusätzliche Schlüssel für die Datenübertragung nach § 301 Abs. 3 SGB V

5. Berichte für den Bereich der Unfallversicherungsträger (SGB VII)

6. European Standards in Health Informatics

7. Nachrichtenformate nach der Datenübermittlungsvereinbarung

8. Synoptische Darstellung der Leistungsbereich der Sozialversicherungsträger

1. Rechtsvorschriften - Fundstellen	
SGB I	**Allgemeiner Teil**
§ 35	Sozialgeheimnis
SGB IV	Geimeinsame Vorschriften
§ 28 a	Meldepflicht
§ 28 a Abs. 1	Zeitpunkt der Meldepflicht
§ 28 a Abs. 3	Inhalt der Meldepflicht
§ 79	Geschäftsübersichten und Statistiken
SGB V	**Gesetzliche Krankenversicherung**
§ 106	Überprüfung des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes
§ 106 Abs. 2 Nr. 2	Überprüfung der Einweisungshäufigkeit des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes
§ 112	Abs. 2 Nr. 2 : Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung
§ 112	Abs. 2 Nr. 3: Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen
§ 113	Wirtschaftlichkeitsprüfungen
§ 141	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen - Entwicklung gemeinsamer medizinischer und wirtschaftlicher Orientierungsdaten
§ 219	Arbeitsgemeinschaften
§ 267	Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich
§ 291	Krankenversichertenkarte
§ 294 ff	Abrechnung ärztlicher Leistungen (Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen)
§ 300	Arzneimittelabrechnung
§ 301	Krankenhäuser
§ 301a	Hebammen und Entbindungpfleger
§ 302	Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer (z.B. Abrechnung ambulanten Physiotherapie im Krankenhaus)
§ 303	Ergänzende Regelungen (Zusammenführung der Daten)
§ 303 Abs. 2	Zusammenführung von Daten zum Zwecke von : Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung nach § 113 SGB V Vorbereitung der Unterrichtung der Versicherten nach § 305 SGB V
§ 304	Aufbewahrungspflichten
§ 305	Auskünfte an Versicherte (Krankenkassen an Versicherten) (vgl. § 108 SGB XI)

1. Rechtsvorschriften - Fundstellen	
SGB VI	**Gesetzliche Rentenversicherung**
§ 148	Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung beim Rentenversicherungsträger
SGB VII	**Gesetzliche Unfallversicherung**
§ 25	Bericht gegenüber dem Bundestag und Bundesrat, jährliche Berichterstattung
§ 201	Datenerhebung und -verarbeitung durch Ärzte (die an der Heilbehandlung nach § 34 SGB VII teilnehmen) permanente Erhebung, Speicherung und Übermittlung von Daten an den Unfallversicherungsträger; ein Auskunftsverlangen ist nicht notwendig
§ 203	Auskunftspflicht von Ärzten (die nicht an der Heilbehandlung nach § 34 SGB VII teilnehmen) Auskunft auf Verlangen des Unfallversicherungsträgers
§ 204	Errichtung von Dateien für mehrere Unfallversicherungsträger
§ 204 Abs. 2	Informationen, die in der zentralen Datei(en) vorgehalten werden müssen
SGB X	**Verwaltungsverfahren**
§ 67	Begriffsbestimmungen
§ 67 a ff	Datenerhebung, -verarbeitung, und Nutzung
§ 100	Auskunftspflicht des Arztes oder Angehörigen eines anderen Heilberufes (Einzelauskunft nur auf Verlangen des Leistungsträgers)
SGB XI	**Soziale Pflegeversicherung**
§ 96 ff	Gemeinsame Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten
§ 104 ff	Übermittlung von Leistungsdaten (Pflegeversicherung)
§ 108	Auskünfte an Versicherte (Krankenkassen an Versicherten), vgl. § 305 SGB V
§ 109	Pflegestatistik (vgl KhStatV §§ 2 - 3), jährliche Berichterstattung
BPflV	**Bundespflegesatzverordnung**
§ 17 Abs. 4	Die Diagnose- und die Operationsstatistik ist auf maschinellen Datenträgern vorzulegen. 1. Eine anonymisierte, abteilungsbezogene Diagnosestatistik .. 2. Eine anonymisierte, abteilungsbezogene Operationsstatistik ..
KHG	**Krankenhausfinanzierungsgesetz**
§ 17b	Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems
§ 28	Auskunftspflicht und Statistik
KHStatV	**Krankenhausstatistik Verordnung**
§ 1	Umfang der Erhebung, Begriffsbestimmung
§ 2	Erhebungseinheiten (vgl. § 109 SGB XI)
§ 3	Erhebungsmerkmale (vgl. § 109 SGB XI)

2. Gesetzte

2.1 § 301 Krankenhäuser

(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben maschinenlesbar zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 8 sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten,

2. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse,

3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, **bei Neugeborenen unter einem Aufnahmealter von 29 Tagen das Geburtsgewicht,**

4. bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,

5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,

6. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen **und sonstigen Prozeduren**,

7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,

8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie **Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und** Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,

9. die nach den §§ 115a und 115b sowie nach der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte.

Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie der Angaben nach Satz 1 Nr. 8 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig.

(2) Die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 sind nach **(..)** der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. **Die Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des**

Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln; der Schlüssel hat die sonstigen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der In-Kraft-Setzung der jeweiligen Fassung des Diagnosenschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedurenschlüssels nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt; es kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. Die Fachabteilungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 sind nach der Gliederung in Anhang 1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung anzugeben.

(3) Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 und das Verfahren der Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam.

(4) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, sind verpflichtet den Krankenkassen bei stationärer Behandlung folgende Angaben maschinenlesbar zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 sowie das interne Kennzeichen der Einrichtung für den Versicherten,

2. das Institutionskennzeichen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und der Krankenkasse,

3. den Tag der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,

4. bei ärztlicher Verordnung von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen die Arztnummer des einweisenden Arztes,

5. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,

6. Angaben über die durchgeführten Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,

7. die berechneten Entgelte.

Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie Angaben nach Satz 1 Nr. 6 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig. Für die Angabe der Diagnosen nach Satz 1 Nr. 3 und 5 gilt Absatz 2 entsprechend. Absatz 3 gilt entsprechend.

(5) Die ermächtigten Krankenhausärzte sind verpflichtet, dem Krankenausträger im Rahmen des Verfahrens nach § 120 Abs. 1 Satz 3 die für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen erforderlichen Unterlagen zu übermitteln; § 295 gilt entsprechend. Der Krankenhausträger hat den kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnungsunterlagen zum Zweck der Abrechnung vorzulegen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen entsprechend.

SGB V, Stand vom 20.12.1988 (BGBl.I S. 2477, Artikel 1), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S.2626), Änderungen durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 und durch das Rechtsangleichungsgesetz zum 1.1.2000 in Fettdruck; Regelungen mit hiervon abweichendem Inkrafttreten in kursivem Fettdruck

2.2. SGB V Elfter Abschnitt Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung

§ 140 a Integrierte Versorgung

(1) Integrierte Versorgungsformen auf Grund der Verträge nach den §§ 140 b und 140 d ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag nach § 140 b und, soweit es die vertragsärztliche Versorgung einschließt, aus den Rahmenvereinbarungen nach § 140 d.

(2) Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Ein behandelnder Leistungserbringer darf aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140 b Abs. 3 die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

(3) Die Versicherten haben das Recht, von ihrer Krankenkasse umfassend über die Verträge zur integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden. Dieses Recht besteht auch gegenüber den teilnehmenden Leistungserbringern und ihren Zusammenschlüssen.

§ 140 b Verträge zu integrierten Versorgungsformen

(1) Die Krankenkassen können mit den in Absatz 2 genannten Vertragspartnern Verträge über integrierte Versorgungsformen abschließen. Die Vertragspartner haben die Integrationsversorgung nach Maßgabe des Absatzes 4 und, soweit sie die vertragsärztliche Versorgung einschließt, der auf Grund von § 140 d getroffenen Rahmenvereinbarungen zu regeln. In den Verhandlungen über den Abschluss eines Vertrages nach Satz 1 können sich Vertragsärzte von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beraten lassen. Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte, die Vertragspartner nach Satz 1 sind, können mit der Verteilung der auf die Gemeinschaft entfallenden Vergütungen oder Vergütungsanteile ihre Kassenärztliche Vereinigung beauftragen.

(2) Die Verträge nach Absatz 1 können nur mit

- Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte sowie einzelnen sonstigen an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
- Kassenärztlichen Vereinigungen,
- Trägern zugelassener Krankenhäuser, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,
- Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer,

abgeschlossen werden.

(3) In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die Vertragspartner haben die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2, 11 bis 62 in dem Maße zu gewährleisten, zu dem die Leistungserbringer nach diesem Kapitel verpflichtet sind. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen. Gegenstand des Versorgungsauftrags an die Vertragspartner der Krankenkassen nach Absatz 1 und 2 dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung die Bundesausschüsse nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und der Ausschuss nach § 137 c Abs. 2 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137 c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen haben.

(4) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen insoweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. Wird in Folge einer Vereinbarung nach Satz 1 für das Krankenhaus ein Budget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung nicht vereinbart, sind die von den Krankenkassen gemeinsam

mit dem Krankenhausträger in einem Vertrag nach Absatz 1 vereinbarten Entgelte für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen.

§ 140 c Vergütung

(1) Die Verträge zur integrierten Versorgung legen die Vergütung fest. Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen der einbezogenen Leistungen in Anspruch genommen werden, zu vergüten. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern.

(2) Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen in den Vereinbarungen berücksichtigt werden.

§ 140 d Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 75 als Bestandteil der Bundesmantelverträge Rahmenvereinbarungen über die integrierte Versorgung nach § 140 a ab. Zu vereinbaren sind insbesondere:

1. Regelungen zum Inhalt und zu den Mindeststandards des Versorgungsauftrags der integrierten Versorgung,

2. Regelungen zu den Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung bei der Übernahme eines Versorgungsauftrags auf der Basis der nach §§ 135 a, 136 a, 136 b und 137 e Abs. 3 bestimmten Richtlinien,

3. Regelungen über die inhaltlichen Voraussetzungen zur Teilnahme der Vertragsärzte an der integrierten Versorgung einschließlich der Festlegung von einer Mindest- oder Höchstzahl der teilnehmenden Vertragsärzte sowie Regelungen zur Einbeziehung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 Satz 2, wenn die integrierte Versorgung nach § 140 b Abs. 1 eine oder mehrere der in § 73 Abs. 2 Nr. 1, 3 bis 12 genannten Leistungen einschließt,

4. Regelungen zur Finanzierung der integrierten Versorgung und ihrer Vergütung sowie Regelungen zur rechnerischen Bereinigung der Gesamtvergütungen, die sicherstellen, dass Gesamtvergütungen entsprechend ei-

nem in den Rahmenvereinbarungen festzulegenden Maßstab bereinigt werden, soweit die budgetzugehörigen Leistungsbereiche Bestandteil der integrierten Versorgung geworden sind. Die Regelungen zur Vergütung und zur Bereinigung haben die Zahl und die Risikostruktur der Versicherten zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.

(2) Die Vertragspartner haben die Rahmenvereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 30. Juni 2000 zu treffen. Kommt bis zu diesem Zeitpunkt eine Rahmenvereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande, setzt das Bundesschiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest.

§ 140 e Rahmenvereinbarungen mit den Spitzenorganisationen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Rahmenvereinbarung über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung nach § 140 a schließen, soweit sie Leistungen der stationären Versorgung einschließt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen von Leistungserbringern Rahmenvereinbarungen über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung schließen.

§ 140 f Bereinigung, Ausgleiche

(1) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 85 haben die Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der Rahmenvereinbarung nach § 140 d Abs. 1 Nr. 4 rechnerisch zu bereinigen.

(2) Die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 haben das Arznei- und Heilmittelbudget rechnerisch zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Die Budgets sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu verringern. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.

(3) Schließt die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln nicht ein, sind die Vertragspartner der Krankenkassen nach § 140 b Abs. 2 im Falle einer Überschreitung des Budgets nach § 84 Abs. 1 am Ausgleich der Budgetüberschreitung entsprechend des auf die integrierte Versorgung entfallenden Anteils an der Summe der von den Krankenkassen nach § 85 gezahlten Gesamtvergütungen zu beteiligen.

§ 140 g Bonus in der integrierten Versorgung

Versicherten kann nach Maßgabe der Satzung der Krankenkasse ein Bonus gewährt werden, wenn sie die Teilnahmebedingungen mindestens ein Jahr eingehalten haben und die Versorgungsform zu Einsparungen geführt hat. Aus den erzielten Einsparungen kann die Krankenkasse auch einen mit den Vertragspartnern festzulegenden Anteil für die an der Versorgungsform beteiligten Leistungserbringer und zur Förderung der Versorgungsform verwenden. Das Nähere zu dem Anspruch der Vertragspartner auf den Anteil ist in den Vereinbarungen nach den §§ 140 b und 140 d zu regeln.

§ 140 h Auswertung der integrierten Versorgung

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der integrierten Versorgung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der integrierten Versorgung nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards veranlassen.

SGB V, Stand vom 20.12.1988 (BGBl.I S. 2477, Artikel 1), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S.2626).

Die §§ 140 a - h SGB V wurden mit ínsgesamt neu in das SGB V eingefügt.

2.3 § 79 Geschäftsübersichten und Statistiken der Sozialversicherung SGB IV

(1) Die Versicherungsträger haben Übersichten über ihre Geschäfts- und Rechnungsergebnisse sowie sonstiges statistisches Material aus ihrem Geschäftsbereich zu erstellen und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, landesunmittelbare Versicherungsträger auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder den von diesen bestimmten Stellen vorzulegen. Die Unterlagen für das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung dem sind im jeweiligen Versicherungszweig im gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs zuständigen Verband zuzuleiten, von diesem maschinell verwertbar aufzubereiten und an das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung weiterzuleiten. Der Verband hat die aufbereiteten Unterlagen der landesunmittelbaren Versicherungsträger den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder den von diesen bestimmten Stellen auf Verlangen zuzuleiten; dies gilt entsprechend für Unterlagen der bundesunmittelbaren Versicherungsträger, die Versicherte oder Mitglieder in dem betreffenden Land haben. Soweit ein Versicherungsträger einem Verband nicht angehört, kann er die Unterlagen dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung unmittelbar oder über einen in seinem Versicherungszweig zuständigen Verband vorlegen; bei unmittelbarer Vorlage werden die Unterlagen nach Satz 3 vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zugeleitet. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung kann zulassen, daß ihm abweichend von Satz 2 die Unterlagen der Träger der Rentenversicherung der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung unmittelbar vorgelegt werden.

(2) Das Nähere zu Absatz 1, insbesondere zu Inhalt, Art und Form der Unterlagen, wird durch allgemeine Verwaltungsvorschriften bestimmt, die das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates erläßt. Der Zustimmung des Bundesrates bedarf es nicht, soweit sich die allgemeinen Verwaltungsvorschriften nur an bundesunmittelbare Versicherungsträger richten.

(3) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung erstellt alljährlich eine Übersicht über die gesamten Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des abgeschlossenen Geschäftsjahres.

(3a) Im Bereich der Krankenversicherung sind die Absätze 1 bis 3 mit den Maßgaben anzuwenden, daß an die Stelle des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung das Bundesministerium für Gesundheit tritt und beim Erlaß der allgemeinen Verwaltungsvorschriften nach Absatz 2 auch das Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herzustellen ist.

(3b) Soweit Versichertenstatistiken der Krankenversicherung vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung genutzt werden, sind die Daten auch dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vorzulegen.

(4) Diese Vorschrift findet auf die Bundesanstalt für Arbeit keine Anwendung.

SGB IV, Stand vom 23. Dezember 1976 (BGBl. I. S. 3845) zuletzt geändert durch das Haushaltsrechts-Entwicklungsgesetz vom 22. Dezember 1977 (BGBl. I. S. 3251)

2.4. § 25 Bericht gegenüber dem Bundestag – SGB VII

(1) Die Bundesregierung hat dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat alljährlich bis zum 31. Dezember des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres einen statistischen Bericht über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland zu erstatten, der die Berichte der Unfallversicherungsträger und die Jahresberichte der für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammenfaßt. Alle vier Jahre hat der Bericht einen umfassenden Überblick über die Entwicklung der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, ihre Kosten und die Maßnahmen zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu enthalten.

(2) Die Unfallversicherungsträger haben dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung alljährlich bis zum 31. Juli des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres über die Durchführung der Maßnahmen zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit sowie über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen zu berichten. Landesunmittelbare Versicherungsträger reichen die Berichte über die für sie zuständigen obersten Landesbehörde der Länder ein.

Stand vom 7. August 1996 (BGBl. I. S, 1254), zuletzt geändert duch das Begleitgesetz zum Telekommunikationsgestz vom 17. Dezember 1997 (BGBl. I. S 3108)

2.5. § 204 Errichtung einer Datei für mehrere Unfallversicherungsträger SGB VII

(1) Die Errichtung einer Datei für mehrere Unfallversicherungsträger bei einem Unfallversicherungsträger oder bei einem Verband der Unfallversicherungsträger ist zulässig,

1. um Daten über Verwaltungsverfahren und Entscheidungen nach § 9 Abs. 2 zu verarbeiten, zu nutzen und dadurch eine einheitliche Beurteilung vergleichbarer Versicherungsfälle durch die Unfallversicherungsträger zu erreichen, gezielte Maßnahmen der Prävention zu ergreifen sowie neue medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse zur Fortentwicklung des Berufskrankheitenrechts, insbesondere durch eigene Forschung oder durch Mitwirkung an fremden Forschungsvorhaben, zu gewinnen,

2. um Daten in Vorsorgedateien zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen, damit Versicherten, die bestimmten arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren ausgesetzt sind oder waren, Maßnahmen der Prävention oder der Rehabilitation angeboten sowie Erkenntnisse über arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und geeignete Maßnahmen der Prävention und der Rehabilitation gewonnen werden können,

3. um Daten über Arbeits- und Wegeunfälle in einer Unfall-Dokumentation zu verarbeiten, zu nutzen und dadurch Größenordnungen, Schwerpunkte und Entwicklungen der Unfallbelastung in einzelnen Bereichen darzustellen, damit Erkenntnisse zur Verbesserung der Prävention und der Rehabilitation gewonnen werden können,

4. um Anzeigen, Daten über Verwaltungsverfahren und Entscheidungen über Berufskrankheiten in einer Berufskrankheiten-Dokumentation zu verarbeiten, zu nutzen und dadurch Häufigkeiten und Entwicklungen im Berufskrankheitengeschehen sowie wesentliche Einwirkungen und Erkrankungsfolgen darzustellen, damit Erkenntnisse zur Verbesserung der Prävention und der Rehabilitation gewonnen werden können,

5. um Daten über Entschädigungsfälle, in denen Rehabilitationsleistungen erbracht werden, in einer Rehabilitations-Dokumentation zu verarbeiten, zu nutzen und dadurch Schwerpunkte der Rehabilitation darstellen, damit Erkenntnisse zur Verbesserung der Prävention und der Rehabilitation gewonnen werden können,

6. um Daten über Entschädigungsfälle, in denen Rentenleistungen oder Leistungen bei Tod erbracht werden, in einer Renten-Dokumentation zu verarbeite, zu nutzen und dadurch Erkenntnisse über den Rentenverlauf und zur Verbesserung der Prävention und der Rehabilitation zu gewinnen.

In den Fällen des Satzes 1 Nr. 1 und 3 findet § 76 des Zehnten Buches keine Anwendung.

(2) In den Dateien nach Absatz 1 dürfen nach Maßgabe der Sätze 2 und 3 nur folgende Daten von Versicherten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden:

1. der zuständige Unfallversicherungsträger und die zuständige Arbeitsschutzbehörde,
2. Das Aktenzeichen des Unfallversichgerungsträgers
3. Art, und Hergang, Datum und Uhrzeit sowie Anzeige des Versicherungsfalls,
4. Staatsangehörigkeit und Angaben zur regionalen Zuordnung der Versicherten sowie Geburtsjahr und Geschlecht der Versicherten und Hinterbliebenen,
5. Familienstand und Versichertenstatus des Versicherten,
6. Beruf der Versicherten, ihre Stellung im Erwerbsleben und die Art ihrer Tätigkeit,
7. Angaben zum Unternehmen einschließlich der Mitgliedsnummer,
8. Die Arbeitsanamnese und die als Ursache für eine Schädigung vermuteten Einwirkungen am Arbeitsplatz,
9. Die geäußerten Beschwerden und die Diagnose,
10. Entscheidungen über Anerkennung oder Ablehnung von Versicherungsfällen und Leistungen,
11. Kosten und Verlauf von Leistungen,
12. Art, Ort, Verlauf und Ergebnis von Vorsorgemaßnahmen oder Leistungen zur Rehabilitation,

13. Rentenversicherungsnummer, Vor- und Familienname, Geburtsname, Geburtsdatum, Sterbedatum und Wohnanschrift des Versicherten sowie wesentliche Untersuchungsbefunde und die Planung zukünftiger Vorsorgemaßnahmen,

14. Entscheidungen (Nummer 10) mit ihrer Begründung einschließlich im Verwaltungs- oder Sozialgerichtsverfahren erstatteter Gutachten mit Angabe der Gutachter.

In Dateien nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 dürfen nur Daten nach Satz 1 Nr. 1 bis 4, 6 bis 10 und 14 verarbeitet oder genutzt werden. In Dateien nach Absatz 1 Nr. 3 bis 6 dürfen Daten nach Satz 1 Nr. 1 bis 12 verarbeitet oder genutzt werden.

(3) Die Errichtung einer Datei für mehrere Unfallversicherungsträger bei einem Unfallversicherungsträger oder bei einem Verband der Unfallversicherungsträger ist auch zulässig, um die von den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen nach § 44 Abs. 2 des Elften Buches zu übermittelnde Daten zu verarbeiten.

(4) Die Errichtung einer Datei für mehrere Unfallversicherungsträger bei einem Unfallversicherungsträger oder bei einem Verband der Unfallversicherungsträger ist auch zulässig, soweit dies erforderlich ist, um neue Erkenntnisse zur Verhütung von Versicherungsfällen oder zur Abwendung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu gewinnen, und dieser Zweck nur durch eine gemeinsame Datei für mehrere oder alle Unfallversicherungsträger erreicht werden kann. In der Datei nach Satz 1 dürfen personenbezogene Daten nur verarbeitet werden, soweit der Zweck der Datei ohne sie nicht erreicht werden kann. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung bestimmt in einer Rechtsverordnung, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf, die Art der zu verhütenden Versicherungsfälle und der abzuwendenden arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie die Art der Daten, die in der Datei nach Satz 1 verarbeitet oder genutzt werden dürfen. In der Datei nach Satz 1 dürfen Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 13 nicht gespeichert werden.

(5) Die Unfallversicherungsträger dürfen Daten nach Absatz 2 an den Unfallversicherungsträger oder den Verband, der die Datei führt, übermitteln. Die in der Datei nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 gespeicherten Daten dürfen von der dateiführenden Stelle an andere Unfallversicherungsträger übermittelt werden, soweit es zur Erfüllung ihrer gesetzliche Aufgaben erforderlich ist.

(6) Die Unfallversicherungsträger oder der Verband, der die Datei errichtet, hat dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz oder der nach Landesrecht für die Kontrolle des Datenschutzes zuständigen Stelle rechtzeitig vor Errichtung einer Datei nach Absatz 1 oder 4 vorher schriftlich anzuzeigen.

(7) Der Versicherte ist vor der erstmaligen Speicherung seiner Sozialdaten in den Dateien nach Absatz 1 Nr. 1 und 2 über die Art der gespeicherten Daten, die speichernde Stelle und den Zweck der Datei durch den Unfallversicherungsträger schriftlich zu unterrichten. Dabei ist auf sein Auskunftsrecht nach § 83 des Zehnten Buches hinzuweisen.

Stand vom 7. August 1996 (BGBl. I. S, 1254), zuletzt geändert duch das Begleitgesetz zum Telekommunikationsgestz vom 17. Dezember 1997 (BGBl. I. S 3108)

2.6. § 109 Pflegestatistiken – SGB XI

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Buches durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege als Bundesstatistik anzuordnen. Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:

1. Art der Pflegeeinrichtung und der Trägerschaft,
2. Art des Leistungsträgers und des privaten Versicherungsunternehmens,
3. In der ambulanten und stationären Pflege tätige Personen nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Dienststellung, Berufsabschluß auf Grund einer Ausbildung, Weiterbildung oder Umschulung, Beginn und Ende der Pflegetätigkeit,
4. Sachliche Ausstattung und organisatorische Einheiten der Pflegeeinrichtung, Ausbildungsstätten an Pflegeeinrichtungen,
5. Betreute Pflegebedürftige nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Art, Ursache, **Grad und Dauer der Pflegebedürftigkeit**, Art des Versicherungsverhältnisses,
6. In **Anspruch genommene Pflegeleistungen** nach Art, Dauer und Häufigkeit sowie nach Art des Kostenträgers.
7. Kosten der Pflegeeinrichtung nach Kostenarten sowie Erlöse nach Art, Höhe und Kostenträgern.

Auskunftspflichtig sind die Träger der Pflegeeinrichtungen, die Träger der Pflegeversicherung sowie die privaten Versicherungsunternehmen gegenüber den statistischen Ämtern der Länder; die Rechtsverordnung kann Ausnahmen von der Auskunftspflicht vorsehen.

(2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Buches durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über die Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlich Pflegender als Bundesstatistik anzuordnen. Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:

1. Ursachen von Pflegebedürftigkeit,
2. Pflege- und Betreuungsbedarf der Pflegebedürftigen,
3. Pflege- und Betreuungsleistungen durch Pflegefachkräfte, Angehörige und ehrenamtliche Helfer,

4. Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation,

5. Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Pflegequalität,

6. Bedarf an Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen,

7. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes.

Auskunftspflichtig ist der Medizinische Dienst gegenüber den statistischen Ämtern der Länder; Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.

(3) Die nach Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 2 Auskunftspflichtigen teilen die von der Statistik umfaßten Sachverhalte gleichzeitig den für die Planung und Investitionsfinanzierung der Pflegeeinrichtungen zuständigen Landesbehörden mit. Die Befugnis der Länder, zusätzliche, von den Absätzen 1 und 2 nicht erfaßte Erhebungen über Sachverhalte des Pflegewesens als Landesstatistik anzuordnen, bleibt unberührt.

Daten der Pflegebedürftigen, der in der Pflege tätigen Personen, der Angehörigen und ehrenamtlichen Helfer dürfen für Zwecke der Bundesstatistik nur in anonymisierter Form an die statistischen Ämter der Länder übermittelt werden. Die Statistiken nach den Absätzen 1 und 2 sind für die Bereiche der ambulante Pflege und der Kurzzeitpflege erstmals im Jahr 1996 für das Jahr 1995 vorzulegen, für den Bereich der stationären Pflege im Jahr 1998 für das Jahr 1997.

Stand vom 26. Mai 1994 (BGBl.I.S. 1014), berichtigt am 23. September 1994 (BGBl. I. S. 2797), zuletzt geändert durch das Gesetz zur sozialrechtlichen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen vom 6. April 1998 (BGBl. I. S. 688)

3. Leistungsbereiche der einzelnen Kostenträger, Datenfluß der Abrechnung Gebührenordnungen (1)

Datenfluß vom Leistungserbringer an	**GKV niedergel. Arzt**		**erm. Arzt - GKV**	**KH - GKV**		**Leistungserbringer - BG**		**Leistungserbringer - RV**	
	ambulant	stationär - Belegarzt -	ambulant ermächtigter Arzt	ambulant Institutsambulanz incl. § 115 b SGB V	stationär	ambulant	stationär	ambulant	stationär
	§§ 294 - 295 SGB V	§§ 294 - 295 SGB V	§§ 294 - 295 SGB V	§ 301 SGB V	§ 301 SGB V	§ 34 SGB VII in Verbindung mit §§ 201 - 203 SGB VII, / § 1543d RVO			§ 301 SGB V
direkte Abrechnung mit Kostenträger	**nein**	**nein**	**nein**	**ja**	**ja**	**ja**	**ja**	**ja**	**ja**
Abrechnung Pauschalleistung					X		X		X
Abrechnung Einzelleistung	X	X	X	X		X		X	
Abrechnungsdaten	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vergütung einheitlich						X		X	
Vergütung regional unterschiedlich	X	X	X	X	X		X		X
Abrechnungsdaten **Patienten / Fall bezogen (im Falle der BG Unternehmens- und Patientenbezogen)**	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Abrechnungsdaten **versichertenbezogen**				X	X	X	X	X	X
klassifizierende Leistungsdaten, ICD, ICPM, FP, SE, KTL		X		X	X				X
einmalige medizinische Befunde und medizinische Verlaufsdaten bei Entlassung oder Beendigung der Therapie						X	X	X	X
Auskunftserteilung **auf Anfrage - im Einzelfall -** gemäß § 100 SGB X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
permanente Auskunftsverpflichtung über medizinische Befunde und medizinische Verlaufsdaten sowie Unfallhergang						X	X		

3. Leistungsbereiche der einzelnen Kostenträger, Datenfluß der Abrechnung Gebührenordnungen (2)

Datenfluß vom Leistungserbringer an	**GKV niedergel. Arzt**		**erm. Arzt - GKV**	**KH - GKV**		**Leistungserbringer - BG**		**Leistungserbringer - RV**	
	ambulant	stationär - Belegarzt -	ambulant ermächtigter Arzt	ambulant Institutsambulanz incl. § 115 b SGB V	stationär	ambulant	stationär	ambulant	stationär
	§§ 294 - 295 SGB V	§§ 294 - 295 SGB V	§§ 294 - 295 SGB V	§ 301 SGB V	§ 301 SGB V	§ 34 SGB VII in Verbindung mit §§ 201 - 203 SGB VII, / § 1543d RVO			§ 301 SGB V
Abrechnungsverfahren									
Einzelleistung	**X**	**X**	**X**	**X**		**X**			
Gebührenwerk	**EBM**	**EBM**	**EBM**	**EBM**		**GOÄ - BG**			
Pauschal		**BPflV**			**BPflV**		**BPflV**		**BPflV**
Gebührenwerk		**FP / SE**			**FP / SE**		**FP / SE**		**FP / SE**

Datenfluß vom Leistungserbringer an	Physio Therapie	Kranken Transport	Pflege Versicherung
	§ 302 SGB V	§ 302 SGB V	§ 105 SGB XI
direkte Abrechnung mit Kostenträger	**ja**	**ja**	**ja**
Abrechnung Pauschalleistung			
Abrechnung Einzelleistung	**X**	**X**	**X**
Abrechnungsdaten **Patienten/ Fall bezogen**	**X**	**X**	**X**
Abrechnungsdaten **versichertenbezogen**	**X**	**X**	**X**
klassifizierende Leistungsdaten nach Schlüsselverzeichnies zu § 302 SGB V sowie § 105 SGB XI	**X**	**X**	**X**

4. zusätzliche Schlüssel für die Datenübertragung nach § 301 Abs. 3 SGB V

	Art des Datums/Zeit
010	Aufnahme
020	Entlassung
030	Operation
040	Beginn Beurlaubung
050	Ende Beurlaubung
060	Tag der vorstationärten Behandlung
070	Tag der nachstationären Behandlung
080	Tag der ambulanten Behandlung/Operation
090	Tag gültig ab
100	Tag gültig bis
110	Rechnung
120	Mahnung
130	Zahlungsziel
	Art der Diagnose
01	Aufnahmediagnose/Hauptdiagnose
02	Einweisungsdiagnose/Hauptdiagnose
03	Behandlungsdiagnose/Hauptdiagnose
04	Arbeitsunfähigkeitsdiagnose
05	Entlassungsdiagnose/Hauptdiagnose
11	Hauptdiagnose ambulant
51	Überweisungsdiagnose ambulant
81	Nebendiagnose 1
82	Nebendiagnose 2
83	Nebendiagnose 3
84	Nebendiagnose 4
85	Nebendiagnose 5
86	Nebendiagnose 6
87	Nebendiagnose 7
88	Nebendiagnose 8
89	Nebendiagnose 9
	Diagnose Zusatz
00	kein Zusatz
01	zur Zeit erscheinungsfrei
02	akuter Schub/Rezidiv
03	chronisch progredient
04	Zustand nach
05	Zustand nach Op.
06	Zustand nach Amputation Extremität
07	Endoprothese/Herzschrittmacher/Bypass
08	Dialyse/Gefäßdilatation/Thrombektomie
10	Dauerdiagnose (z.B. Diabetes, Glaukom)
99	keine Angabe

4. zusätzliche Schlüssel für die Datenübertragung nach § 301 Abs. 3 SGB V

	Diagnosesicherheit
00	gesicherte Diagnose
01	Verdachtsdiagnose
99	keine Angabe
	Behandlungsergebnis
00	1 - 3 trifft nicht zu
01	Gebessert
02	Unverändert
03	Verschlechtert
99	keine Angabe
	Inzidenz/Prävalenz
01	Neuerkrankung/Inzidenz
02	Alterkrankung/Prävalenz
99	keine Angabe
	Art der Operation
01	Haupteingriff – geplant
02	Haupteingriff – Notfall
10	Zusatz OP- Schlüssel
99	keine Angabe
	Klassifikationssysteme
010	ICD 9
020	ICD-9-CM
110	ICD 10
120	ICD-10-CM
210	ICPM
220	ICPM/OPS-301
310	DRG
320	AP-DRG
410	KTL
510	FP – Fallpauschalen
520	SE Sonderentgelte
810	GOÄ
820	EBM
	Länderkennzeichen
01	Schleswig Holstein
02	Hamburg
03	Niedersachsen
04	Bremen
05	Nordrhein Westfalen
06	Hessen
07	Rheinland Pfalz
08	Baden Württemberg
09	Bayern
10	Saarland
11	Berlin
12	Brandenburg
13	Mecklenburg-Vorpommern
14	Sachsen
15	Sachsen Anhalt
16	Tühringen

4. zusätzliche Schlüssel für die Datenübertragung nach § 301 Abs. 3 SGB V

	Entgeltarten Teil 1 (ehemals Schlüssel 4 Stelle 1 - 2)
001	Tagesgleicher Pflegesatz
002	Ermäßigter Abteilungspflegesatz nach § 14 Abs. 2 Satz 3 oder Abs. 7 Satz 2
003	Betrag nach § 14 Abs. 5 Satz 5 und 6
010	Fallpauschalen
011	Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 (§ 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1)
012	Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 (§ 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2)
013	Abschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 (§ 11 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1)
014	Abschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 (§ 11 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2)
015	Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 4 (§ 11 Abs. 4)
016	Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 5
017	Allgemeiner Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 6
018	Allgemeineg Abschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 6
020	Sonderentgelt
021	Sonderentgelt nach § 14 Abs. 6 Nr. 1 a
022	Sonderentgelt nach § 14 Abs. 6 Nr. 1 b
023	Sonderentgelt nach § 14 Abs. 6 Nr. 1 c
024	Sonderentgelt nach § 14 Abs. 6 Nr. 1 d
025	Zuschlag nach § 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1
026	Zuschlag nach § 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2
027	Abschlag nach § 11 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1
028	Abschlag nach § 11 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2
029	Zuschalg nach § 11 Abs. 4
030	Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 5 i.V.m. § 14 Abs. 3 Satz 3
040	Zuschlag nach § 14 Abs. 8 (Investitionszuschlag)
041	Entgelt für vorstationäre Behandlung
042	Entgelt für nachstationäere Behandlung
043	Pflegesatz für Beurlaubung
044	Modellvorhaben nach § 26
045	Wahlleistung Unterkunft (nur Bundesknappschaft)
050	Berechnung BPflV alt
051	Fallpauschalen nach § 28 Abs. 3
052	Sonderentgelte nach § 28 Abs. 3
060	Sonderfall
081	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
082	DKG-NT/BG-NT
083	GOÄ
201	Implantate
202	Nichtionische Kontrastmittel
203	Pauschalvergütung Qualitätssicherung
	Entgeltarten Teil 2 (ehemals Schlüssel 4 Stelle 3)
000	keine Fallpauschale/kein Sonderentgelt
001	Hauptabteilung
002	Hauptabteilung und Beleghebamme
003	Belegoperateur
004	Belegoperateuer und Beleganästhesist
005	Belegoperateur und Beleghebamme
006	Belegoperateur, Beleganästhesist, Beleghebamme
080	Abrechnung nach einer Gebührenordnung (Entgeltart Teil 1 = 80 ff)
090	Abrechnung von Materialleistungen
100	Abrechnung physiotherapeutischer Leistungen

4. zusätzliche Schlüssel für die Datenübertragung nach § 301 Abs. 3 SGB V

	Aufnahmegrund Teil 1 - Art der Behandlung
001	Krankenhausbehandlung vollstationär
002	Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung
003	Krankenhausbehandlung teilstationär
004	Vorstationäre Krankenhausbehandlung ohne vollstationäre Behandlung
005	Stationäre Entbindung
006	Frei
007	Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale)
008	Frei
100	ambulante Oparation nach § 115 b SGB V
	Aufnahmegrund Teil 2 – Ursache der Behandlung
001	Normalfall
002	Arbeitsunfall, Wegeunfall , Berufskrankheit (§ 11 Abs. 4 SGB V)
003	Verkehrsunfall, Sportunfall, sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
004	Hinweis auf Einwirkung äußerer gewalt
005	Frei
006	Kriegsbeschädigten-Leiden, BVG-Leiden
007	Notfall
	Aufnahmegrund Teil 3 – Wechsel Leistungsträger
0	Unterlassungswert
1	Wechsel Kostenträger

5. Berichte für den Bereich der Unfallverischerungsträger (SGB VII)	
1	Krankheitsauskunft
2	Krankheitsauskunft bei Kopfverletzungen
3	Krankheitsauskunft bei Verbrennungen
4	Krankheitsauskunft bei Gliedmaßenverletzungen
4a	Kurze Krankheitsauskunft bei Querschnittslähmung
5	Krankheitsbericht (Zwischenbericht)
5a	Kurzer Krankheitsbericht (Überweisungsbericht) zur Untersuchung durch den Beratungsfacharzt
6	Krankheitsbericht und Stellungnahme bei Zweifel an Unfallentstehung
7	Krankheitsbericht bei Brüchen (Hernien)
8	Ausführlicher Krankheitsbericht oder ausführlicher Krankheitsbericht über eine Augenverletzung
8b	Ausführlicher Krankheitsbericht bei Knieschäden
8c	Befundbericht bei Luxationen und Frakturen im Bereich des Gesichtschädels
9	neurologischer Befundbericht
9a	Ärztliche Mitteilung an den Unfallversicherungsträger über eine Kopfverletzung mit Verdacht auf Gehirnbeteiligung
10	Erstes Rentengutachten (zur Rentenfeststellung) oder Erstes Rentengutachten (Augen)
12	Zweites Rentengutachten (zur Rentennachprüfung) oder Zweites Rentengutachten (Augen)
12a	Ärztliches Gutachten wegen Gewährung erhöhter Witwenrente
12b	Ärztliches Gutachten bei Antrag auf Gewährung einer Rentenabfindung
13	Ärztliche Unfallmeldung
13S	Ärztliche Unfallmeldung [Schüler]
14a	Augenarztbericht
14b	Hals-Nasen-Ohrenartzbericht
15	Anfrage nach Stand der Heilbehandlung
20	Krankheitsbericht über eine Hauterkrankung
20a	Hautarztbericht
21	Kohlendiaxid-Hämoglobin-Bestimmung
22	Hals-Nasen-Ohrenärztliches Gutachten zur Frage der beruflichen Lärmschwerhörigkeit

5. Berichte für den Bereich der Unfallverischerungsträger (SGB VII)	
D 13	Durchgangsarztbericht
B 13	Beratungsfacharztbericht
D 9a	Nachschaubericht
H 13	H-Arztbericht
D(H) 13 a	Kopf-Begleitblatt und Verlaufskontrolle für Schädel-Hirnverletzte
D(H) 13 b	Knie, Ergänzungsbericht bei Verdacht auf Knieschäden
D(H) 13 c	elektrische Unfälle, Ergänzungsbericht bei Unfällen durch elektrischen Strom
D(H) 13 d	Schwere Verbrennungen, Ergänzungsbericht bei schweren Verbrennungen
D(H) 13 e	Handverletzungen, Ergänzungsbericht bei Handverletzungen Bescheinigung nach Ltnr.64 Bescheinigung über Transportunfähigkeit nach Ltnr.46 Überweisungsvordruck (UV) gemäß Ltnr.29, 47, und 59 Ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit (siehe Ltnr.62a)

6. European Standards in Health Informatics

No	Year of availability	Title	Responsible WG
ENV 1064	1993	Medical informatics – Standard communication protocol – Computer-assisted Electrocardiography	IV
ENV 1068	1993	Medical Informatics – Healthcare information interchange – Registration of coding schemes (Replaced by ISO/IEC 7826-1 and 7826-2)	II
CR 1350	1993	CEN Report: Investigation of syntaxes for existing interchange formats to be used in healthcare	I
ENV 1613	1995	Medical informatics – Messages for exhange of laboratory information	I
ENV 1614	1995	Healthcare informatics – Structure for nomenclature, classification and coding of properties in clinical laboratory sciences	II
ENV 1828	1995	Medical informatics - Structure for classification and coding of surgical procedures	II
ENV 12017	1997	Medical Informatics - Medical Informatics - Vocabulary	II
ENV 12018	1997	Identification, administrative, and common clinical data structure for Intermittently Connected Devices used in healthcare (including machine readable cards)	I
ENV 12052	1997	Medical Informatics - Medical Imaging Communication	IV
ENV 12264	1997	Medical informatics – Categorical structures of systems of concepts – Model for representation of semantics	II

6. European Standards in Health Informatics

prENV 12265		Medical informatics – Electronic healthcare record architecture	I
ENV 12381	1996	Medical informatics - Time standards for healthcare specific problems	II
ENV 12388	1996	Medical Informatics - Algoritm for Digital Signature Services in Health Care	III
prENV 12435		Medical informatics – Expression of the results of measurements in health sciences	II
prENV 12443		Medical informatics - Medical informatics healthcare information framework	
ENV 12537-1	1997	Medical informatics – Registration of information objects used for EDI in healthcare - Part 1: The Register	I
ENV 12537-2	1997	Medical informatics – Registration of Information objects used for EDI in healthcare - Part 2: Procedures for the registration of information objects used for electronic data interchange (EDI) in healthcare	I
ENV 12538	1997	Medical informatics – Messages for patient referral and discharge	I
ENV 12539	1997	Medical Informatics - Request and report messages for diagnostic service departments	I
CR 12587	1996	CEN Report: Medical Informatics - Methodology for the development of healthcare messages	I
ENV 12610	1997	Medical informatics – Medicinal product Identification	II
ENV 12611	1997	Medical informatics – Categorical structure of systems of concepts - Medical Devices	II

6. European Standards in Health Informatics			
ENV 12612	1997	Medical Informatics – Messages for the Exchange of healthcare administrative Information	I
ENV 12623	1997	Medical Informatics - Media Interchange in Medical Imaging Communications	IV
CR 12700	1997	CEN Report: Supporting document to ENV 1613:1994 – Messages for Exchange of Laboratory Information	I
ENV 12922-1	1997	Medical Image Management – Part 1: Storage Commitment Service Class	IV
ENV 12924	1997	Medical Informatics - Security Categorisation And Protection for Healthcare Information Systems	III
ENV 12967-1	1998	Medical Informatics – Healthcare Information Systems Architecture - Part 1:Healthcare Middleware Layer	IV

Quelle: Internet Server von CEN

http://www.centc251.org/FinWork/greensheetpwd.htm

7. Zusammenstellung der Nachrichten und Felder nach der Datenübermittlungs-vereinbarung

Anmerkung: Die Änderungen der 2. Fortschreibung sind blau markiert, und die Änderungen der 3. Fortschreibung rot.

Nachrichtenart: Aufnahme

Wie-derh.	Seg-ment			Feld
1	FKT	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an2	Verarbeitungskennzeichen
	2	M	an2	lfd. Nr. des Geschäftsvorfalles
	3	M	an9	IK-Nr. des Krankenhauses
	4	M	an9	IK-Nr. der Krankenkasse
1	INV	M	an3	Segmentkopf
	1	K	an..12	Krankenversicherten Nr.
	2	K	an5	Versichertenstatus
	3	K	an4	Gültigkeit der Versichertenkarte
	4	M	an..15	KH - internes Kennzeichen des Versicherten
	5	K	an..12	Fall Nr. der Krankenkasse
	6	K	an..8	Aktenzeichen der Krankenkasse
	7	K	an8	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
1	NAD	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..47	Name des Versicherten
	2	M	an..30	Vorname des Versicherten
	3	K	an8	Geburtsdatum des Versicherten
	4	K	an..30	Straße und Hausnummer
	5	K	an5	Postleitzahl
	6	K	an..25	Ort
	7	K	an..17	Titel des Versicherten
	8	K	an..3	Internationales Länderkennzeichen
1	AUF	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an8	Aufnahmetag
	2	M	an4	Aufnahmeuhrzeit
	3	M	An4	Aufnahmegrund
	4	M	an4	Fachabteilung
	5	M	an8	Voraussichtliche Dauer , Behandlung bis
	6	K	an..9	Arztnummer des Einweisenden Arztes (KV-Nr.)
	7	K	an9	IK veranlassendes KH
	8	K	an9	Zahnarztnummer
	9	K	an5	Geburtsgewicht
	8	K	an..30	Veralassende Stelle Notaufnahme
1	EAD	M	an3	Segmentkopf
	1		an4	Aufnahmediagnose
	/ 2	K	an9	Sekundär Diagnose
	2 / 3		an4	Einweisungsdiagnose
	4	K	An9	Sekundärdiagnose

Nachrichtenart: Verlängerung

Wiederh.	Segment			Feld
1	FKT	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an2	Verarbeitungskennzeichen
	2	M	an2	lfd. Nr. des Geschäftsvorfalles
	3	M	an9	IK-Nr. des Krankenhauses
	4	M	an9	IK-Nr. der Krankenkasse
1	INV	M	an3	Segmentkopf
	1	K	an..12	Krankenversicherten Nr.
	2	K	an5	Versichertenstatus
	3	K	an4	Gültigkeit der Versichertenkarte
	4	M	an..15	KH – internes Kennzeichen des Versicherten
	5	K	an..12	Fall Nr. der Krankenkasse
	6	K	an..8	Aktenzeichen der Krankenkasse
	7	K	an8	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
1	NAD	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..47	Name des Versicherten
	2	M	an..30	Vorname des Versicherten
	3	K	an8	Geburtsdatum des Versicherten
	4	K	an..30	Straße und Hausnummer
	5	K	an5	Postleitzahl
	6	K	an..25	Ort
	7	K	an..17	Titel des Versicherten
	8	K	an..3	Internationales Länderkennzeichen
1	DAU	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an8	Aufnmahmetag
	2	M	an8	Vorausichtliche Dauer oder Entlassungstag
	3	K	an..4	Nachfolgediagnose AU
	/4	K	an9	Sekundär Diagnose
	4/5	K	an8	Ab Datum AU
1	FAB	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an4	Fachabteilung
	2	M	an..4	Diagnose
	/3	K	an9	Sekundär Diagnose

Nachrichtenart: Medizinische Begründung

Wiederh.	Segment			Feld
1	FKT	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an2	Verarbeitungskennzeichen
	2	M	an2	lfd. Nr. des Geschäftsvorfalles
	3	M	an9	IK-Nr. des Krankenhauses
	4	M	an9	IK-Nr. der Krankenkasse
1	INV	M	an3	Segmentkopf
	1	K	an..12	Krankenversicherten Nr.
	2	K	an5	Versichertenstatus
	3	K	an4	Gültigkeit der Versichertenkarte
	4	M	an..15	KH – internes Kennzeichen des Versicherten
	5	K	an..12	Fall Nr. der Krankenkasse
	6	K	an..8	Aktenzeichen der Krankenkasse
	7	K	an8	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
1	NAD	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..47	Name des Versicherten
	2	M	an..30	Vorname des Versicherten
	3	K	an8	Geburtsdatum des Versicherten
	4	K	an..30	Straße und Hausnummer
	5	K	an5	Postleitzahl
	6	K	an..25	Ort
	7	K	an..17	Titel des Versicherten
	8	K	an..3	Internationales Länderkennzeichen
10	TXT	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an70	Klartext

Nachrichtenart: Rechnung

Wiederh.	Segment			Feld
1	FKT	M	An3	Segmentkopf
	1	M	An2	Verarbeitungskennzeichen
	2	M	An2	lfd. Nr. des Geschäftsvorfalles
	3	M	An9	IK-Nr. des Krankenhauses
	4	M	An9	IK-Nr. der Krankenkasse
	5	M	an3	CUX
	6	M	an3	Währungskennzeichen Schüssel 18
1	INV	M	An3	Segmentkopf
	1	K	An..12	Krankenversicherten Nr.
	2	K	An5	Versichertenstatus
	3	K	An4	Gültigkeit der Versichertenkarte
	4	M	An..15	KH - internes Kennzeichen des Versicherten
	5	K	An..12	Fall Nr. der Krankenkasse
	6	K	An..8	Aktenzeichen der Krankenkasse
	7	K	An8	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
1	NAD	M	An3	Segmentkopf
	1	M	An..47	Name des Versicherten
	2	M	An..30	Vorname des Versicherten
	3	K	An8	Geburtsdatum des Versicherten
	4	K	An..30	Straße und Hausnummer
	5	K	An5	Postleitzahl
	6	K	An..25	Ort
	7	K	An..17	Titel des Versicherten
	8	K	An..3	Internationales Länderkennzeichen
1	REC	M	An3	Segmentkopf
	1	M	An..20	Rechnungsnummer
	2	M	An8	Rechnungsdatum
	3	M	An2	Rechnungsart
	4	M	An8	Aufnahmetag
	5	M	n..10	Rechnungsbetrag
	6	K	An..9	Debitoren Konto KH
	7	K	An..20	Referenznummer KH
	8	K	An9	IK des KH für Zahlungsweg
1	ZLG	K	An3	Segmentkopf
	1	M	n..6	Zuzahlungsbetrag
	2	M	An1	Zuzahlungskennzeichen
1	FAB	M	An3	Segmentkopf
	1	M	an4	Fachabteilung
30	ENT	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an8	Entgeltart
	2	M	n..10	Entgeltbetrag
	3	M	an8	Abrechnung von
	4	M	an8	Abrechnung bis
	5	M	n..3	Entgeltanzahl
	6	K	n..3	Tage ohne Berechnung
	7	K	an8	Tag der Wundheilung

Nachrichtenart: Entlassung				
Wiederh.	Segment			Feld
1	FKT	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an2	Verarbeitungskennzeichen
	2	M	an2	lfd. Nr. des Geschäftsvorfalles
	3	M	an9	IK-Nr. des Krankenhauses
	4	M	an9	IK-Nr. der Krankenkasse
1	INV	M	an3	Segmentkopf
	1	K	an..12	Krankenversicherten Nr.
	2	K	an5	Versichertenstatus
	3	K	an4	Gültigkeit der Versichertenkarte
	4	M	an..15	KH - internes Kennzeichen des Versicherten
	5	K	an..12	Fall Nr. der Krankenkasse
	6	K	an..8	Aktenzeichen der Krankenkasse
	7	K	an8	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
1	NAD	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..47	Name des Versicherten
	2	M	an..30	Vorname des Versicherten
	3	K	an8	Geburtsdatum des Versicherten
	4	K	an..30	Straße und Hausnummer
	5	K	an5	Postleitzahl
	6	K	an..25	Ort
	7	K	an..17	Titel des Versicherten
	8	K	an..3	Internationales Länderkennzeichen
1	DAU	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an8	Aufnmahmetag
	2	M	an8	vorausichtliche Dauer oder Entlassungstag
	3	K	an..4	Nachfolgediagnose AU
	/4	K	an9	Sekundär Diagnose
	4/5	K	an8	Ab Datum AU
	ETL	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an8	Tag der Entlassung / Verlegung
	1/ 2	M	an4	Entlassungsuhrzeit
	2/ 3	M	an3	Entlassungsgrund
	4	M	an4	Fachabteilung
	3/ 5	M	an..4	Entlassungs / Verlegungsdiagnose
	/4 / 6	K	an9	Sekundär Diagnose
	4/5 / 7	K	an9	IK-aufnehmende Institution
20	NDG	K		Nebendiagnosen
	1	M	an9	Nebendiagnose(n)
	2	K	an9	Sekundär Diagnose
2	EBG	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an8	Tag der Entbindung
30	FAB	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an4	Fachabteilung
	2	K	an..4	Diagnose
	/3	K	an9	Sekundär Diagnose
	3 / 4	K	an..4	Zusatzschlüssel Diagnose
	/5	K	an9	Sekundär Diagnose
	4/6	K	an8	Operationstag
	5/7	K	an..6	Operation (ICPM / OPS-301)
	6/9	K	an..6	Zusatzschlüssel 1 OP (ICPM / OPS-301)
	7/10	K	an..6	Zusatzschlüssel 2 OP (ICPM / OPS-301)
10	RBG	K	an3	Segmentkopf
	1	K	an..5	durchgeführte Reha Maßnahme
	2	K	an2	Vorschlag weitere Behandlung
	3	K	an9	Vorschlag geeignete Einrichtung

Nachrichtenart: Ambulantes Operieren Rechnung

Wiederh.	Segment			Feld
1	FKT	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an2	Verarbeitungskennzeichen
	2	M	an2	lfd. Nr. des Geschäftsvorfalles
	3	M	an9	IK-Nr. des Krankenhauses
	5	M	an3	CUX
	6	M	an3	Währungskennzeichen Schüssel 18
	4	M	an9	IK-Nr. der Krankenkasse
1	INV	M	an3	Segmentkopf
	1	K	an..12	Krankenversicherten Nr.
	2	K	an5	Versichertenstatus
	3	K	an4	Gültigkeit der Versichertenkarte
	4	M	an..15	KH - internes Kennzeichen des Versicherten
	5	K	an..12	Fall Nr. der Krankenkasse
	6	K	an..8	Aktenzeichen der Krankenkasse
	7	K	an8	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
1	NAD	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..47	Name des Versicherten
	2	M	an..30	Vorname des Versicherten
	3	K	an8	Geburtsdatum des Versicherten
	4	K	an..30	Straße und Hausnummer
	5	K	an5	Postleitzahl
	6	K	an..25	Ort
	7	K	an..17	Titel des Versicherten
	8	K	an..3	Internationales Länderkennzeichen
1	RZA	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an4	Fachabteilung
	2	M	an..4	Behandlungsdiagnose
	/2	K	an9	Sekundär Diagnose
	3 /4	K	an..9	Arztnummer des Einweisenden Arztes (KV-Nr.)
	5	K	an..9	Zahnarztnummer
	4/5/ 6	K	an..4	Überweisungsdiagnose
	/6/7	K	an9	Sekundär Diagnose
1	REC	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..20	Rechnungsnummer
	2	M	an8	Rechnungsdatum
	3	M	an2	Rechnungsart
	4	M	an8	Aufnahmetag / Tag des Zugangs
	5	M	n..10	Rechnungsbetrag
	6	K	an..9	Debitoren Konto KH
	7	K	an..20	Referenznummer KH
	8	K	an9	IK des KH für Zahlungsweg
	9	M	n..8	Honorarsumme
	10	K	n..8	Pauschale
30	ENA	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an4	Entgeltart
	2	M	an8	Tag der Behandlung
	3	M/K	an..4	Punktzahl
	4	M/K	an..6	Punktwert
	5	M	n10	Entgeltbetrag
	6	M	n..3	Entgeltanzahl
10	EZV	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..8	Einzelvergütung
	2	M	an3	Einzelvergütung Erläuterung
	3	K	an..70	Einzelvergütung Texterläuterung
	4	K	n8	Anteil Honorarsumme

Nachrichtenart: Kostenübernahmeerklärung

Wiederh.	Segment			Feld
1	FKT	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an2	Verarbeitungskennzeichen
	2	M	an2	lfd. Nr. des Geschäftsvorfalles
	3	M	an9	IK-Nr. des Krankenhauses
	5	M	an3	CUX
	6	M	an3	Währungskennzeichen Schüssel 18
	4	M	an9	IK-Nr. der Krankenkasse
1	INV	M	an3	Segmentkopf
	1	K	an..12	Krankenversicherten Nr.
	2	K	an5	Versichertenstatus
	3	K	an4	Gültigkeit der Versichertenkarte
	4	M	an..15	KH – internes Kennzeichen des Versicherten
	5	K	an..12	Fall Nr. der Krankenkasse
	6	K	an..8	Aktenzeichen der Krankenkasse
	7	K	an8	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
1	NAD	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..47	Name des Versicherten
	2	M	an..30	Vorname des Versicherten
	3	K	an8	Geburtsdatum des Versicherten
	4	K	an..30	Straße und Hausnummer
	5	K	an5	Postleitzahl
	6	K	an..25	Ort
	7	K	an..17	Titel des Versicherten
	8	K	an..3	Internationales Länderkennzeichen
1	KOS	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an8	Datum Kostenübernahme
	2	M	an..4	Merkmal Kostenübernahme
	3	K	an8	Kostenübernahme ab
	4	K	an8	Kostenübernahme bis
	5	K	n..2	Zuzahlungstage
	6	K	n..6	Höchstbetrag je Tag
10	TXT	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an70	Klartext

Nachrichtenart: Anforderung medizinische Begründung

Wiederh.	Segment			Feld
1	FKT	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an2	Verarbeitungskennzeichen
	2	M	an2	lfd. Nr. des Geschäftsvorfalles
	3	M	an9	IK-Nr. des Krankenhauses
	4	M	an9	IK-Nr. der Krankenkasse
1	INV	M	an3	Segmentkopf
	1	K	an..12	Krankenversicherten Nr.
	2	K	an5	Versichertenstatus
	3	K	an4	Gültigkeit der Versichertenkarte
	4	M	an..15	KH - internes Kennzeichen des Versicherten
	5	K	an..12	Fall Nr. der Krankenkasse
	6	K	an..8	Aktenzeichen der Krankenkasse
	7	K	an8	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
1	NAD	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..47	Name des Versicherten
	2	M	an..30	Vorname des Versicherten
	3	K	an8	Geburtsdatum des Versicherten
	4	K	an..30	Straße und Hausnummer
	5	K	an5	Postleitzahl
	6	K	an..25	Ort
	7	K	an..17	Titel des Versicherten
	8	K	an..3	Internationales Länderkennzeichen
10	TXT	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an70	Klartext

Nachrichtenart: Zahlungssatz

Wiederh.	Segment			Feld
1	FKT	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an2	Verarbeitungskennzeichen
	2	M	an2	lfd. Nr. des Geschäftsvorfalles
	3	M	an9	IK-Nr. des Krankenhauses
	4	M	an9	IK-Nr. der Krankenkasse
	5	M	an3	CUX
	6	M	an3	Währungskennzeichen Schüssel 18
1	INV	M	an3	Segmentkopf
	1	K	an..12	Krankenversicherten Nr.
	2	K	an5	Versichertenstatus
	3	K	an4	Gültigkeit der Versichertenkarte
	4	M	an..15	KH - internes Kennzeichen des Versicherten
	5	K	an..12	Fall Nr. der Krankenkasse
	6	K	an..8	Aktenzeichen der Krankenkasse
	7	K	an8	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
1	NAD	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..47	Name des Versicherten
	2	M	an..30	Vorname des Versicherten
	3	K	an8	Geburtsdatum des Versicherten
	4	K	an..30	Straße und Hausnummer
	5	K	an5	Postleitzahl
	6	K	an..25	Ort
	7	K	an..17	Titel des Versicherten
	8	K	an..3	Internationales Länderkennzeichen
1	REC	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..20	Rechnungsnummer
	2	M	an8	Rechnungsdatum
	3	M	an2	Rechnungsart
	4	M	an8	Aufnahmetag
	5	M	n..10	Rechnungsbetrag
	6	K	an..9	Debitoren Konto KH
	7	K	an..20	Referenznummer KH
	8	K	an9	IK des KH für Zahlungsweg
1	ZLG	K	an3	Segmentkopf
	1	M	n..6	Zuzahlungsbetrag
	2	M	an1	Zuzahlungskennzeichen
1	ZPR	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..10	Rechnungsbetrag – Zahlungsbetrag
	2	M	an2	Prüfungsvermerk
	3	K	an..8	Honorarsumme neu berechnet
	4	K	an..8	Pauschalsumme neu berechnet
30	ENT	K	an3	Segmentkopf
	1	M	an8	Entgeltart
	2	M	n..10	Entgeltbetrag
	3	M	an8	Abrechnung von
	4	M	an8	Abrechnung bis
	5	M	n..3	Entgeltanzahl
	6	K	n..3	Tage ohne Berechnung
	7	K	an8	Tag der Wundheilung

Nachrichtenart: Zahlungssatz Ambulantes Operiren

Wiederh.	Segment			Feld
1	FKT	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an2	Verarbeitungskennzeichen
	2	M	an2	lfd. Nr. des Geschäftsvorfalles
	3	M	an9	IK-Nr. des Krankenhauses
	4	M	an9	IK-Nr. der Krankenkasse
	5	M	an3	CUX
	6	M	an3	Währungskennzeichen Schüssel 18
1	INV	M	an3	Segmentkopf
	1	K	an..12	Krankenversicherten Nr.
	2	K	an5	Versichertenstatus
	3	K	an4	Gültigkeit der Versichertenkarte
	4	M	an..15	KH - internes Kennzeichen des Versicherten
	5	K	an..12	Fall Nr. der Krankenkasse
	6	K	an..8	Aktenzeichen der Krankenkasse
	7	K	an8	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
1	NAD	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..47	Name des Versicherten
	2	M	an..30	Vorname des Versicherten
	3	K	an8	Geburtsdatum des Versicherten
	4	K	an..30	Straße und Hausnummer
	5	K	an5	Postleitzahl
	6	K	an..25	Ort
	7	K	an..17	Titel des Versicherten
	8	K	an..3	Internationales Länderkennzeichen
1	REC	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..20	Rechnungsnummer
	2	M	an8	Rechnungsdatum
	3	M	an2	Rechnungsart
	4	M	an8	Aufnahmetag / Tag des Zugangs
	5	M	n..10	Rechnungsbetrag
	6	K	an..9	Debitoren Konto KH
	7	K	an..20	Referenznummer KH
	8	K	an9	IK des KH für Zahlungsweg
	9	M	n..8	Honorarsumme
	10	K	n..8	Pauschale
1	ZPR	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..10	Rechnungsbetrag - Zahlungsbetrag
	2	M	an2	Prüfungsvermerk
	3	K	an..8	Honorarsumme neu berechnet
	4	K	an..8	Pauschalsumme neu berechnet
30	ENA	K	an3	Segmentkopf
	1	M	an4	Entgeltart
	2	M/K	an8	Tag der Behandlung
	3	M/K	an..4	Punktzahl
	5	M	n10	Entgeltbetrag
	6	M	n..3	Entgeltanzahl
	4	M	an..6	Punktwert
10	EZV	M	an3	Segmentkopf
	1	M	an..8	Einzelvergütung
	2	M	an3	Einzelvergütung Erläuterung
	3	K	an..70	Einzelvergütung Texterläuterung
	4	K	n8	Anteil Honorarsumme

8. Synoptische Zusammenstellung der Leistungen der Sozialversicherungsträger

SGB V Krankenversicherung Inhalt Leistungen	SGB VI Rentenversicherung Inhalt Leistungen	SGB VII Unfallversicherung Inhalt Leistungen	SGB XI Pflegeversicherung Inhalt Leistungen
§§ 20- 24-Verhütung von Krankheiten sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch		§§ 14 - 24 Prävention	§§ 36 - 40 Leistungen bei häuslicher Pflege
§ 21 Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprohylaxe)		§ 15 Unfallverhütungsvorschriften	§ 41 - 42 -Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege
§ 22 Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)		**Berichtspflicht**	§ 43 Vollstationäre Pflege
§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen		§ 25 Bericht gegenüber dem Bundestag	
§ 24 Vorsorgekuren für Mütter Empfängnisverhütung			
§ 24 b Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation			
§ 25 - 26 - zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 - 26)			
§ 25 Gesundheitsuntersuchungen - Herz- Kreislauferkrankungen - Nierenerkrankungen - Zuckerkrankheit - Krebserkrankungen			
§ 26Kinderuntersuchungen			

SGB V Krankenversicherung Inhalt Leistungen	SGB VI Rentenversicherung Inhalt Leistungen	SGB VII Unfallversicherung Inhalt Leistungen	SGB XI Pflegeversicherung Inhalt Leistungen
§§ 27 - 52 - zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 - 52)		Leistungen im Versicherungsfall	
§ 27 Krankenbehandlung		§ 27 Umfang der Heilbehandlung	
		- Erstversorgung	
- ärztliche Behandlung		- ärztliche Behandlung	
- zahnärztliche Behandlung		- zahnärztliche Behandlung einschleißlich der Versorgung mit Zahnersatz	- Versorgung mit Arznei-, Verband-,Heil- und Hilfsmittelm
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln			
- häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe		- häusliche Krankenpflege	
- Krankenhausbehandlung		- Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen	
- medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie	§ 15 Medizinische Leistungen zur Rehabilitation (keine Behandlung in akuten Fällen)	- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich Belastungserprobung und Arbeitstherapie	
§ 27 aKünstliche Befruchtrung			
§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung		§ 28ärztliche und zahnärztliche Behandlung	
§ 29 Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung			
§ 30 Kostenerstattung bei Zahnersatz / Kostenerstattung durch Festzuschüsse bei Zahnersatz			
§ 31 Arznei- und Verbandmittel		§ 29Arznei- und Verbandmittel	
§ 32 Heilmittel		§ 30 Heilmittel	
§ 33 Hilfsmittel		§ 31 Hilfsmittel	
§ 37 Häusliche Krankenpflege		§ 32 Häusliche Krankenpflege	
- Grund- Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung		- Grund- Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung	
§ 38 Haushaltshilfe			

SGB V Krankenversicherung Inhalt Leistungen	SGB VI Rentenversicherung Inhalt Leistungen	SGB VII Unfallversicherung Inhalt Leistungen	SGB XI Pflegeversicherung Inhalt Leistungen
§ 39 Krankenhausbehandlung		§ 33 Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen	
§ 39 a Stationäre Hospize			
§ 40 Medizinsiche Rehabilitation			
§ 41 Müttergenesungskuren			
§ 42 Belastungserprobung und Arbeitstherapie			
§ 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation			
§ 43 a nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen			
§ 44Krankengeld			
§ 45 Krankengelde bei Erkrankung des Kindes			
§ 50 - 59 Anspruch auf Sterbegeld			
		§§ 35 - 38Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation	
	§ 16 Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation	§ 35 Umfang der berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation	
	§ 17 Leistungen an Arbeitgeber	§ 36 Leistungen an Arbeitgeber	
	§ 18 Leistungen in einer Werkstatt für Behinderte	§ 37 Leistungen in einer Werkstatt für Behinderte	
	§ 19 Dauer der berufsfördernden Leistungen	§ 38 Dauer der berufsfördernden Leistungen	

SGB V Krankenversicherung Inhalt Leistungen	SGB VI Rentenversicherung Inhalt Leistungen	SGB VII Unfallversicherung Inhalt Leistungen	SGB XI Pflegeversicherung Inhalt Leistungen
		§§ 39 - 43 –Leistungen zur sozialen Rehabilitation und ergänzende Leistungen	
	§§ 28 – 30 Ergänzende Leistungen	§ 39 Umfang der Leistungen zur sozialen Rehabilitation und der ergänzenden Leistungen	
		§ 40 Kraftfahrzeughilfe	
		§ 41 Wohnungshilfe	
	§ 29 Haushaltshilfe	§ 42 Haushaltshilfe	
	§ 30 Reisekosten	§ 43 Reisekosten	
		§ 44 Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	
		§ 44 Pflege	
		§ 45 - 55 –Geldleistungen	
	§ 33 - 60 -Renten	§ 60 - 80 -Renten, Beihilfen, Abfindungen	